FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1967

THÈSE

N° 814

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Guy CARO

Né le 29 Mai 1937 à PLESSALA (Côtes du Nord)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

REFLEXIONS CRITIQUES SUR LES PRINCIPES DE LA CHARTE MEDICALE ET LE CONCEPT DE MEDECINE LIBERALE

Contribution à l'élaboration d'une nouvelle déontologie médicale

Président : Monsieur le Professeur Pierre DENOIX

Directeur de l'Institut Gustave Roussy

COPEDITH - 70, rue de Flandre - PARIS XIXe

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1967 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Guy CARO

Né le 29 Mai 1937 à PLESSALA (Côtes du Nord)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

REFLEXIONS CRITIQUES SUR LES PRINCIPES DE LA CHARTE MEDICALE ET LE CONCEPT DE MEDECINE LIBERALE

Contribution à l'élaboration d'une nouvelle déontologie médicale

Président : Monsieur le Professeur Pierre DENOIX

Directeur de l'Institut Gustave Roussy

COPEDITH - 70, rue de Flandre - PARIS XIXe

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . } Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR . . . . . } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)	Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REFLEXIONS CRITIQUES
SUR LES PRINCIPES DE LA CHARTE MEDICALE
ET LE CONCEPT DE MEDECINE LIBERALE

Contribution à l'élaboration
d'une nouvelle déontologie médicale

"C'est qu'il y en a parmi eux (les médecins) qui sont eux-mêmes dans l'erreur populaire, dont ils profitent, et d'autres qui en profitent sans y être".

MOLIERE.

A Monsieur le Professeur Pierre DENOIX
Directeur de l'Institut Gustave ROUSSY

Dont l'action comme la parole indique la voie d'une médecine fonctionnant efficacement au service de tous.

A Monsieur le Professeur Robert DEBRE

Pour son action dans l'institution
du travail à temps complet pour les
médecins hospitaliers

A Messieurs les Professeurs

J. BERNARD — H.P. KLOTZ
P. MILLIEZ — H. PEQUIQUOT
G. de REN (Professeur Agrégé)

A Messieurs les Docteurs

J. BIDEGARAY — P. BOSQUET
P. COURT — F. GOUST
J. SARANO — J. THEROND
A. VINCENT — R. WEISS

A Messieurs

J. BUI.DANG HA DOAN — P. GRANDJEAT
M. HATZFELD — F. MONTES

A mes Camarades
et aux Collaborateurs
du CENTRE NATIONAL DES JEUNES MEDECINS.

I - INTRODUCTION

" Il ne faut pas juger de la nature
selon nous mais selon elle"

PASCAL.

- Essai de définition.

La Charte Médicale est un texte rédigé et voté en 1927 par des médecins français. Elle concerne certaines règles fondamentales déterminant les rapports entre les médecins et les malades. Ce sont les quatre principes suivants :

- Libre choix du médecin par le malade.
- Liberté de prescription du médecin.
- Entente directe entre malade et médecin en matière d'honoraires.
- Paiement direct des honoraires par le malade au médecin.

Il s'agit là de principes, c'est à dire de règles d'action s'appuyant sur un jugement de valeur et constituant des modèles auxquels la majorité des médecins sont ou furent attachés.

La notion de médecine libérale est moins précise que celle de Charte Médicale et pour la définir, il faut faire appel à plusieurs sources.

Ouvrons le petit Robert, dictionnaire de la langue française :

- La liberté est la possibilité d'agir dans l'indépendance, sans contrainte. Définition trop imprécise et en même temps inexacte pour notre objet : en effet la plupart de ceux qui exercent une médecine déclarée libérale, se plient à certaines règles, administratives notamment et sont soumis à certains règlements professionnels.

- Est libre qui a le pouvoir de décider, d'agir par soi-même: voici encore une approche trop vague; l'analyse montrera

que ce pouvoir est relatif et ne peut servir à distinguer les médecins de pratique libérale de leurs confrères.

La notion de profession libérale, "profession de caractère intellectuel que l'on exerce librement ou sous le seul contrôle d'une organisation professionnelle", s'appliquerait mieux à la forme d'exercice de la médecine dont nous parlons, avec certaines réserves cependant dont celle-ci : très peu de médecins, au total, ne sont pas concernés par les contrôles de la Sécurité Sociale

La représentation collective de la médecine libérale, sa signification dans les mentalités de la plupart des médecins et des non-médecins est souvent floue, et beaucoup parmi ceux qui utilisent fréquemment les termes de "médecine libérale"seraient bien embarrassés si on leur demandait ce qu'ils entendent par là.

Pourtant, on ne peut nier l'importance de cette expression ni que ces mots aient pour beaucoup un rôle d'emblème,de symbole c'est à dire, d'image ayant une valeur évocatrice , parfois magique, voire mystique: il suffit pour s'en convaincre de lire une revue professionnelle, d'assister à une réunion sur les problèmes de la profession, d'écouter les candidats à des élections syndicales de médecins ou d'étudiants en médecine, de se rappeler les thèmes débattus lors de la grève des médecins belges en I964.

Médecins, étudiants, représentants d'organismes sociaux, dirigeants politiques se disent pour ou contre la médecine libérale.

L'usage de cette expression lui a donné un contenu particulier qui est proche de celui de la Charte Médicale : le Professeur PORTES, qui fut Président du Conseil de l'Ordre des Médecins, dans son livre : "A la recherche d'une Ethique Médicale",(I964, Masson et P.U.F.) écrit : " Le respect des principes de la Charte est apparu aux médecins comme la condition nécessaire pour que leur profession soit et reste véritablement libérale".

Aux principes de la Charte, il ajoute le respect du secret professionnel.

Nous verrons que,depuis quelques années, le principe de l'entente directe n'est appliqué que par une minorité de médecins.

Un autre principe l'a remplacé chez la plupart de ceux

qui essaient de préciser ce qu'ils entendent par médecine libérale; c'est le paiement à l'acte du médecin.

Nous nous contenterons d'une définition provisoire: la médecine libérale est la médecine dont l'exercice obéit aux principes suivants : secret professionnel, libre choix, liberté de prescription, paiement direct et à l'acte. C'est le plus souvent ce contenu qui a évolué au cours de l'histoire, auquel il est fait implicitement référence par la plupart de ceux qui parlent de médecine libérale.

Nous essaierons d'apprécier ces principes, de démêler la part de réalité et la part d'imaginaire qu'ils recouvrent, puis de définir avec plus de précision ce qu'est la médecine libérale, afin que se réduise le décalage existant entre les mots et les choses qu'ils désignent, entre les mythes et les réalités qu'ils masquent.

- Quelques données démographiques

Combien de médecins exercent-ils une médecine libérale en France ?

Dans une étude publiée en Septembre I966 (Bulletin de l'Institut de la Santé et de la Recherche Médicale, 21 - 5 - 995 -1012), Monsieur BUI - DANG - HA - DOAN donne les estimations suivantes sur les catégories de médecins français enI965 :

- sur 62 000 Docteurs en médecine il y a :
  - 43 800 médecins libéraux (inscrits à l'Ordre) c'est à dire ayant une clientèle privée; l'exercice libéral de ces médecins peut être exclusif ou accompagné d'un salariat partiel, reçu pour des vacations dans un dispensaire par exemple.
  - 6 000 médecins militaires, fonctionnaires ou assimilés. Certains de ceux-ci n'ont que des fonctions administratives ou de contrôle.
  - non
  - IO 200 médecins/libéraux inscrit à l'ordre.
  - 2 000 médecins non inscrits à l'ordre et ne pratiquant pas.
- Sur I00 Docteurs en médecine, la répartition est la

suivante :

- 7I libéraux pratiquant ou ayant pratiqué en clientèle.
- I6 médecins inscrits à l'ordre mais ne pratiquant pas la médecine libérale.
- IO médecins militaires, fonctionnaires ou assimilés
- 3 médecins ne pratiquant pas.

En tenant compte du fait que certains médecins inscrits à l'Ordre ne pratiquent plus, on peut estimer approximativement que trois médecins sur quatre pratiquent une médecine libérale et un sur quatre une médecine non libérale.

L'importance donnée dns les débats sur l'organisation de la médecine et face à l'opinion publique, à la médecine libérale par rapport à la médecine non libérale n'est pas proportionnelle au nombre de médecins de l'un et de l'autre secteur. Les moyens de pression dont disposent les défenseurs de la médecine libérale expliquent cette disproportion. Celle-ci, comme l'imprécision du concept, ne sont pas des effets du hasard : l'intérêt des médecins de médecine libérale est de les entretenir.

- Sens et limites de cette thèse.

Une thèse n'est pas seulement un travail présenté pour l'obtention du doctorat. C'est aussi une théorie particulière qu'on tient pour vraie et qu'on s'engage à défendre par des arguments.

La théorie qui inspire se travail résulte à la fois de l'expérience et des reflexions personnelles de l'auteur et de ce qu'il a entendu ou lu sur un sujet brûlant qui, mettant en cause leurs idées et leurs intérêts, divise profondément les médecins: il s'agit de l'organisation de la médecine.

L'importance donnée dans les propositions sur l'organisation de la médecine aux principes, et au concept étudiés ici, ainsi que les sentiments que ceux-ci mobilisent, nous ont paru justifier cet essai de critique historique et théorique ; c'est à dire un examen de leur signification, de leur raison d'être, de leur rôle utile ou néfaste.

Ceci nous amènera à nous interroger sur la finalité de la médecine, la fonction des médecins dans la société avant de faire quelques propositions concrètes pour que les conditions d'exercice de la médecine soient des moyens plus efficaces, c'est à dire mieux adaptés à leur fin.

Nous avons conscience des limites de ce travail :

- Elles tiennent d'abord au temps etàl'espace dans lesquels il s'inscrit: certains chapitres, certains thèmes sont susceptibles de développements que nous n'avons pas eu ici le loisir de faire.

Il sera fort question, dans ce travail, de liberté. Nous croyons pouvoir dire qu'il a été fait avec un constant souci de liberté; certes, nous ne serons pas dupes: chacun a ses conditionnements, et l'auteur ne prétend pas échapper à cette "liberté sous conditions". Du moins, avons nous pris le parti d'être sincère, de refuser la dissimulation, de rechercher la lucidité: ainsi trouvera-t-on certains faits qui ne servent par les propositions concluant cette thèse; de même, seront décrites sans complaisance certaines habitudes d'une partie des médecins que leurs représentants s'accordent à cacher pudiquement.

Une autre limite tient à la formation de l'auteur : il n'est que médecin. Or les réflexions qui suivent, loin d'épuiser un sujet complexe, débordent largement la médecine et intéressent entre autres la sociologie , la psychologie, l'économie politique.

D'autre part, il serait bien imprudent, après avoir mis en doute des idées reçues et déclarées parfois vérités éternelles, de prétendre les remplacer en énonçant des certitudes satisfaites, en préconisant des solutions définitives

Aussi, ces reflexions n'ont elles d'autre ambition que de vouloir contribuer à la compréhension d'un sujet difficile et peut-être, de constituer une pièce pour le dossier de l'organisation de la protection de la santé.

II - DONNEES HISTORIQUES ET GEOGRAPHIQUES

" La vraie trahison est de suivre
le monde comme il va et d'employer
l'esprit à le justifier."

Jean GUEHENNO

- Regards sur l'Histoire .

Avant de parler de l'histoire de la Charte Médicale, il faut rendre hommage à l'ouvrage de base dans le domaine de l'histoire des relations entre les médecins, les pouvoirs publics et les organismes sociaux : " le grand tournant de la médecine libérale" de H. HATZFELD, paru en I963 aux Editions Ouvrières.

La naissance de la Charte Médicale est liée à la difficle genèse de la législation française sur les Assurances Sociales.

En I9I9, le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Moselle redeviennent français. Ces trois départements bénéficiaient du régime des Assurances Sociales Allemandesinstitué par Bismarck. Le Ministre du Travail, un Député Alsacien constitu en I920 une Commission d'Etudes pour l'élaboration d'un projet de loi sur les Assurances Sociales. Ce n'est qu'en I924 que ce projet est adopté à l'unanimité par des députés qui vont bientôt se représenter devant les suffrages des électeurs.

Le projet prévoit pour les médecins une rémunération forfaitaire par capitation, proportionnelle non au nombre d'actes mais au nombre de malades soignés, ainsi qu'un tiers payant; celui-ci est le groupement professionnel des médecins qui fixe le montant de la rémunération après accord avec les caisses d'Assurances Sociales. Le projet auxquels sont opposés les élus médecins et paysans est rapporté devant le Sénat par un médecin. Il est considérablement modifié.

C'est à cette époque que naît la Charte Médicale. Rédigée par le Docteur Cibrie, elle est votée le 30 Novembre I927 par le Congrès des Syndicats Médicaux de France.

Le I4 Mars I928, encore en fin de législature, la bi

est votée par la Chambre des Députés: elle prévoit une rémunération à l'acte mais laisse possible un tiers payant après entente entre Caisses Locales et médecins pour fixer les tarifs

Le 6 Décembre I928, consacrant la récente unification des syndicats médicaux, se tient la première Assemblée Générale de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (C.S.M.F.) qui élit le Docteur Cibrie au poste de Secrétaire Général.

La loi sur les Assurances Sociales sera modifiée et complétée le 30 Avril I930 après plusieurs navettes des projets entre le Sénat et la Chambre des Députés soumis à l'insistante pression des médecins.

Ceux-ci obtinrent satisfaction puisque la loi accepte un paiement direct, une rémunération à l'acte, avec entente directe; Les Caisses D'Assurances Sociales s'engagent à prendre en charge selon un tarif de responsabilité une partie du prix de l'acte payée par l'assuré. Le tarif de responsabilité, s'il engage les caisses, n'engage pas les médecins.

De telle sorte que ce système se montrera d'une efficacité limitée: l'écart entre le prix de l'acte et le tarif de responsabilité, c'est-à-dire la partie qui est à la charge de l'assuré restant le plus souvent trop élevée.

- <u>Ethique ou syndicalisme</u> ?

La Charte Médicale, texte qui a été déclaré et ensuite considéré comme inspiré par des préoccupations éthiques, morales a été rédigée par un syndicaliste, a été votée et imposée par une assemblée syndicale (dont la fonction est de défendre des intérêts matériels) pour être utilisée dans la défense de ses intérêts qu'elle estimait menacés par une loi destinée à réaliser un certain progrès social.

La Charte Médicale associe habilement deux principes : le libre choix, la liberté de prescription, indépendant des intérêts des médecins, et deux principes: l'entente directe et le paiement direct destinés à défendre la liberté de leurs honoraires, c'est à dire en définitive le niveau de leur revenu.

C'est pourquoi le Docteur Cibrie qui restera à la tête de la C.S.M.F. pendant 28 ans pourra ensuite écrire : "l'établissement de la loi de I930, telle qu'elle fut votée et promulguée, représente une victoire incontestable et considérable du syndicalisme médical" (Médecin de France, Revue Officielle de la C.S.M.F., Décembre I948). C'est pourquoi aussi, après sa mort en I965, le Comité de Direction du "Concours Médical" dira très justement dans sa notice nécrologique: "Il a oeuvré toute sa vie au profit du Corps Médical,qui lui doit d'avoir su renverser le régime de tiers payant instauré en I928 et d'avoir obtenu qu'il soit remplacé par le régime des Assurances Sociales de I930."

Aujourd'hui, nous le verrons, après avoir fait si brillamment ses preuves, la tactique des représentants des médecins pour la défense de leurs intérêts reste la même : elle consiste à associer si étroitement qu'ils apparaissent confondus (le concept de médecine libérale est l'expression de cette confusion) d'une part des principes qui sont destinés à protéger les malades, à leur assurer une médecine de qualité; d'autre part des modalités de rémunération qui permettent au médecin d'avoir une certaine possibilité de maîtriser le niveau de leur revenu, c'est à dire un certain degré de liberté économique.

- <u>Vérités éternelles ou passagères</u> ?

La Charte Médicale obtint une consécration en faisant l'objet d'un article du Code de Déontologie ; Juste après l'article imposant à tout médecin le secret professionnel. Les principes de la Charte furent ainsi enter inés par les Pouvoirs Publics puisque le code qui fut promulgué le 28 Juin I947 au Journal Officiel a force de loi.

Le Code fut préparé par le Conseil National de l'Ordre des médecins, organisme élu par ceux-ci. Il est intéressant de citer ici des passages de l'Introduction au Code écrite par le Professeur PORTES, Président du Conseil de l'Ordre.

" Il en est d'autres (des traditions) par contre, dont la valeur humaine est incommensurable parce-qu'elles sont l'expression

de vérités éternelles soumises à l'épreuve du temps. Les mépriser, dès lors, revient non seulement à pécher contre l'Esprit, mais encore à créer la source d'un très réel danger, car c'est en général pour avoir méconnu de telles vérités que périssent les civilisations les mieux assises. Je pense pour ma part, que les principes traditionnels de la médecine exprimés entre autres par la Charte médicale sont de cet ordre ...

... il y aurait un immense intérêt humain à assurer, à travers toutes les modifications de structure des sociétés, la pérennité de tels principes".

A partir de 1945, les Pouvoirs Publics, tentèrent à plusieurs reprises, afin de garantir aux assurés sociaux un remboursement effectif stable de leurs dépenses, de faire accepter par les syndicats médicaux des conventions collectives avec les caisses de Sécurité Sociale . Ces conventions ne purent se généraliser pendant presque 20 ans. Ce n'est qu'après le décret du 12 Mai 1960, instituant la possibilité de conventions individuelles pour faire pression sur l'ensemble du Corps Médical que se généralisèrent les conventions. Actuellement 80 à 85% environ des médecins exerçant en médecine libérale sont conventionnés. C'est-à-dire qu'ils n'appliquent plus le principe de l'entente directe avec le malade en matière d'honoraires.

- <u>La Charte Médicale dans d'autres pays</u>.

Nous n'avons pas l'ambition d'analyser ici les divers systèmes dans lesquels est exercée la médecine à travers le monde. Mais simplement d'observer en prenant quelques exemples, si les principes de la Charte Médicale Française ont la même valeur dans tous les pays

Le secret professionnel est plus ou moins absolu et ses limites peuvent varier. En France même, il n'est pas absolu nous le verrons. Mais en aucun pays on ne conteste son intérêt en particulier comme condition de la confiance du malade dans le médecin.

Le libre choix du médecin par le malade est plus ou moins reconnu : assez souvent, il est large avec cependant quelques limites : en Allemagne de l'Ouest par exemple les assurés sociaux peuvent choisir leur médecin mais seulement parmi ceux qui sont agréés par les Caisses d'Assurances. Sinon leurs frais ne sont pas remboursés. Aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne, dans le Service National de Santé, les assurés peuvent s'inscrire sur la liste du médecin de leur choix mais ne peuvent changer de médecin qu'après un préavis de I5 jours. En Union Soviétique le libre choix n'existe pas : le malade va voir le médecin responsable du secteur géographique dans lequel il se trouve. En Belgique le libre choix est absolu.

La liberté de prescription est dans certains cas limitée : par exemple en Allemagne de l'Ouest, où après des statistiques, les caisses établissent un taux moyen des dépenses pharmaceutiques par assuré : le médecin doit rester dans certaines normes sous peine d'obligation de remboursement. Il s'agit donc d'une limitation inspirée uniquement par des soucis économiques.

Dans d'autres pays la limitation s'exerce au stade de la production : des organismes publics ou privés, composés de médecins, limitent le nombre des médicaments, choisissent ou indiquent les médicaments jugés intéressants ou inutiles.

Les modalités de la rémunération du médecin sont très variées d'un pays à l'autre et parfois dans un même pays.

En Union Soviétique, les médecins sont fonctionnaires, rétribués par l'Etat selon un salaire mensuel. Dans le Service National de Santé Anglais et aux Pays-Bas les médecins généralistes sont rémunérés à la capitation, c'est-à-dire en proportion du nombre de malades inscrits sur leur liste , indépendamment du nombre d'actes pratiqués. Les spécialistes anglais sont salariés. En Belgique, comme en France, la rémunération est proportionnelle au nombre d'actes.

Certains systèmes combinent de façon plus ou moins complexe rémunération à l'acte et salaire, selon la diversité des modes d'exercice des médecins: hôpital, cabinet individuel, cabinet de groupe, généraliste, spécialiste.

- La médecine française non libérale

En France, 75% des médecins environ exercent sous une forme libérale que nous analyserons. Les autres exercent dans divers secteurs dont les principaux sont la médecine hospitalière, la médecine des mines, les centres de santé et dispensaires. Ils sont le plus souvent rémunérés selon un salaire. Ces médecins (et leurs malades) ne sont pas tous satisfaits de ces conditions de travail; mais on peut remarquer que dans l'ensemble ils ne paraissent pas considérer que l'absence de paiement direct et à l'acte ainsi que d'entente directe constitue une entrave à la qualité de la médecine qu'ils exercent.

CONCLUSION

Notre propos n'était pas dans ce chapitre d'apprécier les diverses règles, en particulier celles que concerne la Charte Médicale, qui déterminent d'un pays à l'autre les rapports des médecins et des malades et de dire lesquelles nous semblent préférables.

La diversité de ces règles est observée non seulement dans des pays aux régimes politiques et économiques différents, mais même dans des pays au régime très voisin : régime dit néocapitaliste ou encore de libéralisme économique avec un degré plus ou moins grand d'intervention des pouvoirs publics, une planification plus ou moins importante, tel que le connaissent les pays de l'Europe Occidentale.

Bien plus, en France même, une partie importante des médecins exerce dans des conditions telles que les principes qui régissent encore l'exercie de leurs confrères ne sont pas tous appliqués (Le paiement direct et à l'acte et parfois le libre choix ne sont pas appliqués).

L'appréciation portée par les usagers et les pouvoirs publics et surtout par les médecins eux-mêmes sur l'organisation de la médecine que ceux-ci exercent, ne permet surement pas de conclure comme le font beaucoup de médecins français que l'organisation la meilleure de la médecine est celle de la médecine libérale française.

Les principes de la Charte Médicale qui d'après les textes des représentants des médecins Français qui les ont énoncés devaient être immuables, et qui devraient s'imposer en droit à tous comme étant les meilleurs garants de la qualité de la médecine, n'ont de valeur qu'au regard des médecins français qui les ont défendus. L'évolution de ceux-ci 'est significative à ce sujet : les principes ont d'abord été déclarés immuables et universels; puis certains d'entre eux n'étant plus appliqués en France même, les autres, rassemblés dans le concept de médecine libérale sont déclarés comme étant les seuls "compatibles avec l'économie libérale de l'Europe Occidentale" (Docteur MONIER, Président de la C.SM.F., Médecin de France de Février I967) ceci au moment où est envisagé un rapprochement des législations sociales, donc des conditions d'exercice médical dans les pays du Marché Commun, et au moment où l'entrée de la Grande-Bretagne dans ce Marché Commun devient plus probable.

Il est difficile de ne pas faire de rapprochement entre ce souci des médecins français de conserver leurs conditions d'exercicelibéral et le fait que si ces conditions sont, avec celles des médecins belges, les plus libérales du Marché Commun Européen, les médecins français sont aussi ceux qui, toutes proportions gardées et corrections faites, ont en moyenne les revenus les plus élevés.

Ainsi, parmi ces principes déclarés immuables, l'un (l'entente directe) est quasi abandonné. D'autres ne sont appliqués que par une partie des médecins français. Nombre de ces médecins affirment exercer une médecine de bonne qualité et ne sont pas contredits par leurs malades. Certains même pensent que ces conditions d'exercice permettent une médecine plus efficace, de meilleure qualité que la médecine libérale.

Aussi est-on en droit de s'interroger sur la valeur de chacun des principes, sur ce qui les motive, sur les conditions et sur les résultats de leur application. Le moins que l'on puisse dire est qu'ils n'apparaissent pas d'une absolue nécessité.

III - LE SECRET PROFESSIONNEL

Nous prenons le mot de"responsabilité"
en son sens banal de :" conscience d'être
l'auteur incontestable d'un évènement ou
un objet. Cette responsabilité est simple
revendication logique des conséquences de
notre liberté "

SARTRE

- Intérêts de l'individu et intérêts de la collectivité

L'histoire du secret professionnel remonte pour certains médecins à l'Antiquité. Le professeur agrégé G. de REN ("dans Saint-Luc" septembre 1965, n°8) fait remarquer qu'en fait,il est apparu en France sous la Révolution et sa protection a été introduite dans le Code Pénal en 1810, sous les termes de secret médical absolu.

Puis,certaines dérogations légales sont survenues, avec l'obligation pour les médecins de dénoncer les maladies épidémiques, les naissances, les morts-nés; les maladies professionnelles; puis les maladies vénériennes et enfin la tuberculose.

Le Professeur Agrégé G. de REN, comparant les conceptions du secret professionnel en France et dans les autres pays du Marché Commun note quelques différences mineures si l'on considère que la jurisprudence française peut se résumer pratiquement à " Tout ce qui est dans l'intérêt du malade peut être dévoilé. Tout ce qui est contre ses intérêts doit rester secret ".

Il pose ensuite une question importante et difficile à trancher : en cas de conflit, faut-il accorder la priorité aux intérêts de l'individu ou à ceux de la société ? En particulier, au cas ou " l'état de santé du malade constitue une menace grave pour sa famille actuelle ou future ou pour la société ".

Il pense que contrairement à la législation française actuelle, un peu trop rigide, dans certains cas exceptionnels ou les intérêts du malade sont dommageables pour autrui ou pour les intérêts primordiaux de la société, le médecin devrait pouvoir, en conscience, prendre la responsabilité de choisir s'il vaut mieux garder le secret ou recourir à la révélation dans l'intérêt d'autrui.

- Secret professionnel et salle commune

Tous les médecins non libéraux ou libéraux veulent en principe respecter le secret professionnel. Cependant celui-ci risque plus ne n'être pas respecté dans le secteur non libéral. En raison du nombre de personnes qui ont à connaître le malade : le médecin libéral est plus souvent isolé; le médecin hospitalier est plus souvent entouré de plusieurs autres médecins, étudiants parfois; en consultation, et plus encore si le malade est hospitalisé, il dépend souvent d'une équipe qui peut comprendre un assistant, un interne, un externe par exemple. Le secret professionnel est partagé. En outre, il y a un dossier qui peut être consulté par tous ces médecins. Dans certains services, souvent à l'instigation du chef de service, on porte une grande attention au dossier; on veille à ce qu'il ne traîne pas à la portée de tous les membres du personnel d'une salle. On le lit discrètement.

Dans d'autres, on y fait moins attention; et même parfois, on lit bruyamment des observations en salle commune. Une présentation de malade devant des étudiants peut être faite avec délicatesse, mais aussi peut ne pas s'en soucier. Tout ceci peut blesser les malades. Il faut remarquer que la manière dont se passe ces évènements et dont ils sont ressentis par le malade dépend essentiellement des médecins qui s'occupent de lui.

Et si certains, à l'hopital, sont conscients de ce problème et soucieux de respecter le malade, d'autres négligent le problème et c'est très regrettable.

Peut-être héritent-ils d'une mentalité existant chez certains des médecins hospitaliers qui travaillant à temps partiel à l'hopital, avaient une double activité, et un comportement différent selon l'endroit où se situait leur relation avec le malade. En consultation ou en visite hospitalière le matin, ils faisaient une médecine rapide; très distants, ils semblaient parfois mépriser le malade. En consultation de clientèle chez eux l'après-midi, ils étaient très affables. C'est parfois le même malade, hospitalisé puis revoyant le médecin ensuite dans son cabinet libéral, qui a pu constater la différence. On comprend que certains en soient choqués. Les conditions de travail à l'hopital ne suffisent pas à expliquer ce comportement, puisque, beaucoup d'autres médecins, dans les mêmes conditions, établissent une très bonne relation avec chaque malade. *

Formation et éducation de toute l'équipe soignante

Le secret professionnel partagé ne concerne en principe que les médecins qui s'occupent ensemble d'un même malade. En fait, il peut intéresser aussi les autres membres d'une équipe soignante hospitalière ou bien de Maison Médicale : infirmières, secrétaires en particulier. Et aussi, des membres du personnel administratif, notamment de la Sécurité Sociale.

Plus le nombre de personnes ayant à connaître le dossier d'un malade est grand, plus il y a de risque de non respect du secret professionnel. Aussi y-a-t-il intérêt d'une part à limiter le plus possible ce nombre, d'autre part à éduquer tous les membres d'une équipe médicale et du personnel administratif qui doivent garder le secret professionnel s'ils viennent à connaître des renseignements habituellement connus des seuls médecins.

Ces trop brèves remarques sur le secret professionnel montrent l'exemple d'un principe dont l'application a évolué au

cours des ans.

La formation, l'éducation des médecins, de tous les membres d'une équipe soignante et même du personnel administratif qui, parfois, peut avoir à garder le secret professionnel, sont nécessaires.

Dans certains cas, la responsabilité du médecin peut être placée devant un choix difficile devant tenir compte des intérêts du malade, qui sont la raison d'être du secret professionnel, mais aussi des intérêts d'autrui ou de ceux de la société, qui peuvent entrer en conflit avec les premiers.

* - Le problème du respect du secret professionnel, dépend pour une part importante de la formation psychologique des médecins, de leur prise de conscience de l'importance qu'il peut avoir pour le malade.

IV - LE LIBRE CHOIX DU MEDECIN PAR LE MALADE

" Le monde se nourrit d'un peu de vérité
et de beaucoup de mensonge."

Romain ROLLAND

- Le libre choix n'est pas lié à la médecine libérale

Remarquons d'emblée que le libre choix du médecin par le malade n'est obsolument pas lié à la médecine libérale française. Dans le Service National de Santé anglais les malades s'inscrivent sur la liste du médecin qu'ils choisissent. S'ils veulent changer de médecin ils doivent le faire après un préavis de I5 jours; le libre choix existe; c'est la possibilité de changer de médecin qui est limitée, mais non supprimée.

De même dans un centre de santé où travaille une équipe de médecins sous forme non libérale, comme la Feuilleraie à Marseille, le libre choix existe.

- Libre choix et conventions

Les médecins non conventionnés (I5% des médecins exerçant une médecine libérale) sont en général parmi les plus ardents défenseurs du libéralisme médical.Ils mettent en avant la défense du libre choix absolu et protestent contre l'atteinte portée à ce libre choix par le remboursement différent des frais des malades selon qu'ils s'adressent à un médecin conventionné ou non conventionné. Cette argumentation des médecins non conventionnés ne craint pas les contradictions : les tarifs moyens qu'ils pratiquent, bien plus élevés que ceux des médecins conventionnés, font que ce sont eux qui choisissent leurs malades parmi les plus fortunés. Une

confirmation en est donnée par leur répartition géographique : c'est dans les beaux quartiers de Paris et Lyon que se trouvent le plus de médecins non conventionnés.

- Démographie médicale et libre choix

La contradiction majeure réside dans l'opposition entre la liberté d'installation des médecins et le libre choix du médecin par le malade; cette liberté de choix n'est pas tout à fait la même pour les habitants de Moselle (47 médecins pour 100.000 habitants) et pour ceux des Bouches-du-Rhône (I25 pour 100.000) (densité médicale libérale, chiffres de 1964), ni pour les habitants du I8ème et 20ème arrondissements de Paris (moins de 1 médecin pour 1.000) et pour ceux des 7ème, 8ème et I6ème (plus de 5 pour 1.000) (densité médicale totale, chiffres de I962). Les chiffres sont ceux du Centre de Démographie et Sociologie Médicale.

Cette mauvaise répartition géographique est d'autant plus regrettable qu'elle s'inscrit dans une pénurie de médecins. Pénurie relative certes : si l'on compare aux pays de la moitié Sud de la planète, la France est privilégiée sur ce plan. Pénurie cependant si on aligne certains chiffres :

- La France est au 22ème rang mondial pour le nombre des médecins par habitant, ce qui ne correspond pas à son niveau économique.

- Le nombre des médecins ne suit pas l'augmentation de la consommation médicale : selon les travaux du Centre de Démographie et Sociologie Médicales, dans l'hypothèse optimiste où la France compterait 59.500 médecins en I970, il en manquerait plus de 7.000; et pour 69.200 en I975, il en manquerait près de 9.000. Chiffres donnés par Monsieur Jean BUI-DANG-HA-DOAN, dans les Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, I965, V, 1, 5-14.

- Liberté d'installation

Parmi les libertés médicales, la liberté d'installation

est chère aux dirigeants de la plupart des groupes de médecins. C'est la liberté pour un docteur en médecine d'exercer où il veut sur le territoire français après une inscription au Conseil Départemental de l'Ordre. Nous avons vu certains résultats de cette liberté d'installation.

Elle n'est pourtant que partielle : les jeunes médecins se heurtent à des difficultés d'installation qui sont surtout d'ordre financier. S'installer coûte très cher car il faut acheter des locaux, du matériel, car il faut faire de gros emprunts à des organismes bancaires. C'est une des raisons, non la seule, pour lesquelles les jeunes médecins sont de plus en plus nombreux à souhaiter exercer sous une forme non libérale : en étant salariés dans des locaux et avec du matériel appartenant à la collectivité. Celle-ci, en l'occurrence les organismes de Sécurité-Sociale, est prête à apporter son concours. Mais la médecine libérale est bien défendue.

Une expérience très intéressante de prise-en-charge, sur le plan sanitaire, d'un secteur démographique par une équipe de médecins salariés : le projet de Maison Médicale d'Ivry-sur-Seine, conçu sous l'impulsion du Docteur GOUST n'a pu être réalisée. La décision de la Caisse Centrale de Sécurité Sociale de la Région Parisienne, accordant un crédit pour cette réalisation a été annulée par le Ministre du Travail après une violente campagne de presse des médecins opposés au projet.

Récemment encore, les médecins et dentistes de Pierrefitte, soutenus par l'avocat de l'U.N.A.M. (Union Nationale pour l'Avenir de la Médecine),organisme animé par les médecins et dentistes les plus ardents dans la défense du libéralisme médical, ont demandé en justice l'annulation d'une subvention accordée à la Commune par la Sécurité Sociale en vue de la construction et de l'aménagement d'un dispensaire. Ils arguaient du fait que la Sécurité Sociale s'est engagée en 1961, pour encourager les praticiens à souscrire des conventions, à ne pas financer dans la région parisienne d'organismes de soins dans les communes où les médecins ou dentistes établis sont conventionnés dans une proportion au moins égale à 75%.

Les jeunes médecins sont libres, s'ils ont ou s'ils trouvent l'argent pour le faire de s'installer où ils veulent. Mais

ils ne sont pas libres d'exercer sous la forme qu'ils veulent : au cours de l'Assemblée Générale de l'A.G.E.M.P. (Association générale des Etudiants en Médecine de Paris) qui s'est tenue les 16 et 17 Février 1967, 43% des étudiants ont voté pour une liste de candidats opposés à la médecine libérale. Ces étudiants ne trouveront pas pour exercer, à moins d'un changement, les structures qu'ils désirent.

- Le libre choix n'est pas absolu en médecine libérale.

Le libre choix connaît certaines limites en pratique libérale.

Dans certains cas aucun choix n'est possible.

Certaines limites sont inéluctables : un médecin ne peut être disponible 24 heures sur 24 et 365 jours de l'an. Il peut s'absenter certains jours et prendre des vacances. Mieux, de plus en plus, et c'est heureux, s'instaurent des tours de garde entre médecins isolés pour la nuit, les jours fériés. Des cabinets de groupe sont de plus en plus nombreux et lorsqu'un malade doit consulter en l'absence de son médecin habituel, il est vu (comme les urgences le sont dans les Hôpitaux) par le médecin de garde qu'il ne choisit pas. Celui-ci peut d'ailleurs fort bien ensuite le confier au médecin personnel du malade au retour de ce médecin. Les malades comprennent et acceptent fort bien ces limitations de leur libre choix: on ne choisit pas sa maladie, ni le lieu, ni le moment où elle nous atteint parfois brusquement.

En milieu rural, assez souvent, il n'y a qu'un médecin dans un rayon de IO kms ou plus et la question du choix ne se pose pas. Parfois elle se pose : il y a deux médecins dans le bourg; les facteurs de choix n'ont assez souvent rien à voir avec la médecine : par exemple les familles pratiquantes se feront soigner, comme le curé, chez le médecin qui va à la messe; les autres chez son confrère.

Souvent un choix est possible pour la consultation entre médecins exerçant en cabinet privé ou à l'Hôpital ou en centre de santé, en dispensaire; l'appel du médecin pour une visite est plus limité : les hospitaliers et les médecins de centres de santé se déplacent exceptionnellement pour faire des visites; les médecins

libéraux sont vigilants, nous l'avons vu, pour limiter cette concurrence.

Lorsque ce choix est possible, souvent il n'est pas exercé.

Le malade va voir un médecin et, satisfait, ne cherche pas à en changer, n'en préfère pas un autre.

Pourquoi voir tel ou tel médecin ?

- pour des raisons de commodité souvent : c'est le plus proche du domicile.

- parfois aussi parce-qu'on a entendu parler d'un médecin : "Untel m'a dit qu'il avait bien soigné sa grippe, ou autre chose, qu'il en était satisfait

- dans d'autres cas, c'est pour des raisons économiques, lorsqu'il y a le choix entre conventionné et non conventionné; encore que certains pensent que celui qu'on paie le plus cher doit être le meilleur. Les titres, ancien externe, ancien interne, sont souvent peu significatifs pour le grand public.

- parfois on va à l'hôpital parce-qu'on a plus confiance dans la réputation des médecins hospitaliers... Si on a pas été rebuté par les lamentables conditions dans lesquelles se déroulent trop souvent les consultations hospitalières où le personnel médical, infirmier, administratif donne parfois l'impression de négliger l'accueil des malades.

quel que soit le médecin consulté, celui-ci est, à l'évidence, un bon médecin .... puisqu'on l'a choisi et qu'on le garde.

Sur quoi juge-t-on qu'il est bon médecin ?

- sur des critères subjectifs et le plus souvent fallacieux : il n'est déjà pas si simple pour un médecin d'apprécier la compétence d'un confrère. Et l'Assemblée Médicale Mondiale lors de sa I8ème Assemblée Générale en Juin I964 remarquait justement : "Le malade n'est pas toujours à même de choisir son propre médecin en connaissance de cause"

Quelle que soit la maladie soignée et son évolution, il suffit le plus souvent de parler sans maladresse pour être considéré comme un bon médecin. "Evolution favorable c'est grâce au docteur".

" Evolution défavorable, c'est la gravité de la maladie; pourtant il l'a bien soigné". Parfois au contraire on intente des procès à des médecins dont la malchance a été considérée comme une faute.

- "Le coeur a ses raisons que la raison ne connait pas ..."
ou <u>l'exercice du libre choix</u>

Lorsqu'une possibilité effective de choix existe pour le malade, et dans ce cadre, lorsque celui-ci décide de changer de médecin pour des raisons autres qu'un changement de résidence de l'un ou de l'autre, les motifs n'en sont pas univoques.

Toutes les associations d'étudiants qu'elles soient favorables ou hostiles à la médecine libérale se plaignent de l'insuffisante formation clinique pratique des étudiants en médecine : plus de 50% d'entre-eux n'ont pas de fonction hospitalière. Pourtant c'est très rarement parce-que le malade juge la compétence technique de son médecin insuffisante qu'il quitte celui-ci. Un médecin peut faire le nécessaire techniquement parlant et perdre son client ; il peut être incompétent et garder une clientèle. Entre Le Centre anticancéreux et le Charlatan, çertains choisiront le charlatan.

Parfois c'est en raisons des différences d'équipement que l'on choisit : on préfèrera par exemple être opéré en clinique privée où se trouve en général plus de confort et moins de sécurité qu'à l'hôpital public

- <u>Libre choix et concurrence</u>.

Parfois le malade change de médecin parce-que le premier consulté n'a pas voulu satisfaire une demande excessive : d'arrêt de travail par exemple ou de Cure thermale. Et le malade peut s'adresser ainsi à plusieurs médecins jusqu'à ce qu'il obtienne satisfaction. On voit là une conséquence regrettable du libre choix non limité coexistant avec des revenus médicaux qui varient en fonction du nombre de malades et du nombre d'actes : il place les médecins dans une situation concurrentielle et certains par désir de plaire à leurs "clients"

sont amenés à faire des concessions non justifiées par l'état de ceux-ci. S'ils ne les font pas un confrère moins consciencieux les fera à leur place.

La concurrence a certes des vertus dans certains secteurs de la production. En médecine, il n'est pas évident qu'elle soit un nécessaire stimulant de l'activité du médecin. Par contre elle rend certainement plus aléatoire le rôle d'éducateur qu'il devrai avoir.

Autre inconvéniant de la possibilité non limitée de changer de médecin : certains malades peuvent consulter à plusieurs reprises deux médecins pendant un temps assez court, à l'insu de chacun de ces médecins. Chacun de ceux-ci ne connait pas les examens, les prescriptions, les conseils de son confrère. Il peut en résulter un gaspillage de médicaments ou d'examens. Ou bien ce qui est plus grave, les prescriptions de médicaments qui se chevauchent peuvent être dangereuses.

- Concurrence et affabilité.

Il faut reconnaître que les médecins de médecine libérale sont plus attentifs, en général, à certains aspects psychologiques de leurs rapports avec les malades.: dans leur accueil, dans leur ton, dans leur comportement, ils sont comme on dit "plus humains", plus affables que la moyenne des médecins hospitaliers notamment. Les malades y sont d'autant plus sensibles que le cadre hospitalier est souvent peu accueillant. Cette affabilité est, croyons nous, stimulée par la situation concurren ielle des médecins de médecine libérale. Reconnaissons là un des aspects positifs de celle-ci.

Cette affabilité n'est pas liée à la concurrence : elle peut être observée chez des médecins hospitaliers ou exerçant à plein temps dans un autre secteur non libéral de la médecine.

Elle donne au malade une satisfaction non négligeable et elle facilite l'établissement d'un diagnostic et d'une thérapeutique.

Pourtant elle ne recouvre pas, loin de là, tout ce qui peut être demandé au médecin sur le plan psychologique : un médecin

peut être très "humain", très gentil, et de ce fait très apprécié et passer par insuffisance de connaissances et de formation technique ou psychologique à côté du problème réèl qui amène le malade.

- Les "fonctionnels"

En effet souvent, le changement de médecin trouve son origine dans une insatisfaction des malades tenant aux conditions psychologiques défavorables dans lesquelles se situe la relation médecin-malade. Celles-ci peuvent venir du cadre dans lequel est vécue cette relation. Ou bien de la personnalité du médecin. Mais très souvent, c'est l'insuffisance d'information et de formation psychologiques des médecins qui est en cause : des études statistiques sérieuses faites en I958 à Londres par SHEPERD et ses collaborateurs (citées par : J. DELAY et P. PICHOT dans leur Abrégé de psychologie) et confirmées par d'autres études ont montré que dans l'ensemble des consultations de généralistes et de spécialistes, un tiers environ sont motivées par des troubles psychiques (38% en consultations hospitalières 28% en consultations privées). Le plus souvent, il s'agit de troubles névrotiques, souvent réactionnels à des conflits familiaux ou sociaux. Si on ajoute les affections psycho-somatiques (c'est-à-dire les affections organiques influencées par des facteurs psychologiques) et les troubles somato-psychiques (c'est-à-dire les affections organiques provoquant des troubles psychologiques nettement pathologiques) on arrive au chiffre de 50%.

Les étudiants ne sont pas formés, leur personnalité n'est pas préparée, les conditions d'exercice ne se prêtent pas à reconnaitre et traiter ces troubles. La rémunération à l'acte ainsi que l'insuffisance du nombre des médecins ont pour conséquence de favoriser une médecine rapide qui interdit à beaucoup de médecins la possibilité d'entretiens assez longs avec les malades pour mettre en évidence les troubles psychiques. Ces malades appelés "fonctionnels", trainent parfois pendant des mois, soutenus pendant leur arrêt de travail par des tranquillisants et finissent souvent, après avoir vu plusieurs médecins, par consulter un psychiatre, vite débordé, car trop demandé.

- Libre choix et confiance.

Choisir, c'est préférer, c'est consulter ou appeler un médecin de préférence aux autres et lui accorder sa confiance.

La possibilité de choisir, de préférer un médecin trouve actuellement sa justification la plus forte dans le fait suivant : beaucoup de médecins sont incompétents dans l'un ou l'autre domaine technique ou psychologique de la compétence qu'on leur suppose. Etant donné l'état actuel de la formation universitaire et post-universitaire des médecins, de leur information sur les médicaments, on peut dire que beaucoup de médecins ne justifient pas la confiance placée en eux. Et il est indispensable que chaque malade ait un recours possible : le libre choix constitue ce recours. Pourtant, il faut le souligner, il ne garantit pas à chacun la possibilité d'être soigné dans de bonnes conditions, avec les équipements collectifs nécessaires, par un médecin apte à remplir son rôle, qu'il soit généraliste ou spécialiste, urbain ou rural, hospitalier ou non.

CONCLUSIONS

Lorsqu'on analyse le principe du libre choix , on constate une diversité de situations qui permet certaines remarques.

I - Le libre choix du médecin par le malade ne peut être considéré comme une caractéristique de la médecine libérale française. D'une part il est possible dans une organisation dite non libérale de la médecine. D'autre part la possibilité pour un malade de choisir entre deux ou plusieurs médecins n'existe pas toujours dans la médecine libérale française, en particulier en raison de l'insuffisance du nombre des médecins et de leur mauvaise répartition géographique : la liberté pour les malades de choisir leur médecin et la liberté pour les médecins de s'installer où ils veulent apparaissent inconciliables.

2 - Lorsqu'elle existe, la possibilité de changer de médecin sans aucune limitation, associée à une rémunération des médecins à l'acte

place ceux-ci, nolens volens,dans une situation concurrentielle dont les avantages qui pourraient être obtenus par d'autres moyens, semblent trop faibles pour équilibrer les inconvéniants.

3 - Les facteurs qui déterminent le choix des malades sont bien souvent fallacieux et le libre choix peut apparaître comme un leurre.

4 - Le libre choix trouve sa principale justification dans le fait que trop de médecins sont incompétents techniquement ou psychologiquement ou bien exercent dans des conditions déplorables, (locaux, personnel faisant écran au lieu de faciliter la relation médecin-malade).

5 - Le libre choix sans limites, plus proche de la licence que de la liberté risque d'être un prétexte à se satisfaire des insuffisances précitées; ou encore un argument de certains médecins pour se tenir à l'écart d'une organisation efficace destinée à permettre l'accès aux soins de toute une population en répartissant au mieux les équipements et les personnes qui peuvent assurer ces soins.

6 - La confiance des malades, élèment essentiel de la relation malade-médecin, devrait reposer sur une préparation des médecins adaptée aux tâches qui les attendent, c'est-à-dire une formation technique et psychologique à la fois universitaire et post-universitaire perma nente, aussi diversifiée que le sont les modes d'exercice. Si ce qui devrait être fait l'était dans ce domaine, devrait-on seulement limiter ou supprimer pour le malade la possibilité de changer de médecin ? Nous pensons que ce serait faire preuve de trop d'optimisme que de choisir la seconde solution: car dans certains cas, des raisons tenant à la personnalité de l'un ou de l'autre, à des évènements vécus par l'un ou l'autre risquent d'empêcher que s'établisse une relation de bonne qualité entre tel médecin et tel malade.

V - LA LIBERTE DE PRESCRIPTION

"La publicité c'est le fascisme"

Jean-Luc GODART (dans "Made in U.S.A.)

- Définition.

Le mot prescription est souvent utilisé dans un sens restreint : prescription des thérapeutiques, quelle que soit leur forme; la prescription des médicaments est la plus fréquente de celles-ci. Ce terme peut s'entendre au sens large : incluant la liberté d'investigation c'est à dire la liberté de pratiquer les examens, les explorations jugés nécessaires pour arriver au diagnœtic, pour arriver à reconnaître et parfois nommer le mal avant de lutter contre lui. Au fond, la liberté de prescription c'est la liberté pour les médecins de bien faire leur métier, de choisir examens et traitements les meilleurs pour qu'une population soit protégée de la maladie, pour que les malades retrouvent la santé dans les meilleurs délais.

Aussi la liberté de prescription est-elle le principe de la Charte Médicale qui d'emblée semble le moins discutable, le plus important.

- Liberté formelle et Liberté réelle.

Nous avons vu que la liberté de prescription se définit en fonction d'une finalité ; elle est, elle se veut moyen de protéger ou de guérir. Elle suppose donc deux sortes de conditions : d'une part une connaissance des moyens les plus efficaces de prévention et de traitement : avant d'être libre de prescrire, il faut savoir prescrire, être capable de prescrire. D'autre part l'absence d'obstacles dans cette voie : "je suis libre parce-que je peux prescrire ce que j'estime utile. Si la première condition est

absente, la liberté ne peut s'exercer réellement; c'est une liberté formelle, fictive, qui ne sert à rien; une apparence extérieure de liberté qui n'a pas de contenu, pas de réalité.

C'est dire que la liberté de prescription est étroitement dépendante de la formation des médecins, de leur connaissance des moyens d'investigation et de traitement les meilleurs au moment où ils prescrivent. Ces moyens évoluent rapidement. Ce qui rend indispensable une formation permanente. En l'absence de celle-ci, la liberté de prescription perd son sens.

L'exercice de cette liberté nécessite certaines conditions, certains moyens mis à la disposition des médecins (et des autres membres des professions sanitaires). L'exercice de cette liberté peut se heurter à certains obstacles, être soumis à certains freins, certaines pressions que nous tenterons d'analyser. Nos prescriptions dans ce chapitre concerneront surtout les prescriptions de médicaments, de loin les plus fréquentes. Il nous faut d'emblée citer une remarquable étude faite sur ce sujet par Alain MURCIER et parue dans le journal "Le Monde" du 28 Janvier au 3 Février 1965.

- <u>La publicité nous atteint-elle ?</u>

La phrase de Jean-Luc GODART placée en tête de ce chapître peut - c'est son style habituel - irriter le lecteur. Si nous l'avons placée là, c'est parce que l'obstacle majeur à la liberté de prescription des médecins se trouve probablement dans la publicité pharmaceutique

Cette phrase illustre le caractère contraignant et insidieux à la fois de la pression publicitaire. Certes toute information, ne serait-ce que parce qu'elle est choix de celui qui la donne présenté à celui qui la reçoit, peut avoir un caractère relativement contraignant et il n'est pas dans notre intention de contester la nécessité d'une information de masse, au contraire.

Mais ce que nous voulons contester, dans le domaine qui nous intéresse, ce sont à la fois des méthodes et plus encore des

choix c'est à dire en définitive ceux qui font ces choix, qui contrôlent cette publicité. Les méthodes et les moyens de la publicité lui donnent une puissance indépendante du contenu qu'elle véhicule. Les risques sont trop grands en médecine pour qu'on n'exige pas que ce contenu soit défini par ceux qui sont animés d'abord par le souci de soigner, par de vrais médecins.

Qu'on ne dise pas trop vite : "ça concerne les autres mais pas moi"; les chiffres, les résultats prouvant les effets de la publicité ne mentent pas et bien peu échappent à son conditionnement insidieux.

La publicité destinée à faire connaître aux médecins les médicaments se présente sous quatre formes principales: .

- la visite médicale,
- la publicité dans les journaux médicaux,
- la publicité directe par voie postale
- les relations publiques.

- Salle de garde et publicité.

La salle de garde est, dans les hôpitaux, le lieu où logent encore quelques internes et où déjeunent la plupart d'entre-eux après leur matinée de travail occupée en général par la visite en salle de malades pour les internes en médecine, par des interventions en salle d'opération pour les internes en chirurgie.

L'Econome de la salle de garde des internes est l'un de ceux-ci, élu ou désigné par ses collègues pour exercer le double rôle de gestionnaire des frais et d'animateur de l'ambiance de la salle de garde ; ce dernier rôle a l'occasion de se manifester lors de traditionnelles festivités qui sont notamment des repas améliorés, au cours desquels on mange mieux et on boit beaucoup, on chante des chansons paillardes et humoristiques, où parfois on se déguise et on danse. Les dépenses courantes sont couvertes par des versements des internes et certains habitués de la salle de garde, anciens internes ou invités.

Les dépenses supplémentaires sont en général prises en charge par les entreprises de fabrication de médicaments: leurs repré-

sentants, les visiteurs médicaux, financent les festivités périodiques mais se font aussi inviter à des déjeuners simples en apportant des bouteilles de vin, de liqueurs. Ils ou elles, car il s'agit souvent de jolies filles ou jolies femmes,siègent à la droite de l'Econome qui, au dessert, demande un moment de silence pour annoncer que c'est grâce au représentant des laboratoires X ... que l'on boit aujourd'hui.

Un bon Econome est en partie apprécié d'après la fréquence à laquelle les vins fins et les digestifs apparaissent sur la table de la salle de garde.

Voici une anecdote . Elle est rapportée parce qu'elle nous paraît significative. Elle a eu lieu dans la salle de garde de B ..., hôpital parisien, en 1965.

Au déjeuner il y a de l'apéritif, des vins fins. A la droite de l'Econome, siège le représentant des laboratoires X ... En annonçant au dessert, que c'est grâce à la prodigalité de ceux-ci que nous devons ces boissons, l'Econome ajoute :"J'espère que vous prescrivez l'Extrait de Foie X ..." . Un interne, que nous appellerons Y ... dit à l'Econome :"C'est un médicament inutile, qui n'a aucun intérêt thérapeutique". L'Econeme :"Beaucoup de nos prescriptions sont inutiles, alors de préférence à un autre, prescrivez l'Extrait de foie X ..." Y ...:"Qui paie la note ?", un interne :" Ce n'est pas nous, on s'en fout". Y ... :"Erreur, c'est la Sécurité Sociale qui paie, c'est à dire en partie les cotisations des salariés (dont celles des internes qui sont salariés) et les cotisations patronales qui sont récupérées dans le prix de vente des produits de consommation. A qui vont les énormes bénéfices faits sur les médicaments? Surtout aux pharmaciens et aux fabricants de médicaments qui peuvent se permettre des dépenses somptueuses: ainsi nous participons, inconsciemment, à l'exploitation de tous les salariés et des consommateurs."

Dans ce même hôpital, Y ... était informé peu après que le chef d'1service de chirurgie s'était inquiété devant l'extraordinaire montant des dépenses dues aux prescriptions de l'Extrait de Foie X ... pour son seul service de chirurgie : 3 158 Frs, 1 639 Frs, 4 787 Frs pour 3 mois consécutifs. Près de I million d'anciens francs en 3 mois!

Plus tard, en l'absence de candidat, Y..., accepta d'être économe(il y a un changement tous les 6 mois). Il prit une

décision exceptionnelle dans les salles de garde parisiennes: le refus d'inviter les visiteurs médicaux, c'est à dire , d'accepter leurs cadeaux ; ce qui avait pour conséquence d'augmenter les notes des internes et de leurs invités. Parmi ceux-ci une minorité seulement approuva la décision.

-"Public Relations" et internes des hôpitaux.

Les internes des hôpitaux font l'objet d'une sollicitude particulière des visiteurs médicaux. On le comprend fort bien : Ce sont les internes qui, sauf exception, sont "libres de prescrire" sous le contrôle théorique et parfois effectif de leurs aînés : assistants, chefs de service.

Ainsi, lors de sa réunion annuelle, le Syndicat des Internes des villes de Faculté offre une réception où coulent le champagne, le Scotch .... Cette réception est financée par un laboratoire. De même, le budget de I.H.P., la revue syndicale des Internes des Hôpitaux de Paris est entièrement supporté par un laboratoire pharmaceutique. La "Nuit de l'Internat", fastueuse manifestation en costumes du XVIIème siècle, organisée dans le Palais Royal en 1965, coûta près de 60 millions d'anciens francs. Plus de la moitié de cette somme fut donnée par les laboratoires.

L'action sur les internes est doublement payante : dans l'immédiat, nous l'avons vu, par ses effets sur les prescriptions à l'hôpital, mais aussi par ses répercussions sur la pratique libérale : la médecine hospitalière a une réputation justifiée par diverses causes, de haute qualité technique. Les médecins de médecine libérale font plus confiance à un médicament s'il a déjà été prescrit à l'hôpital. D'autre part beaucoup d'externes qui s'installeront (comme une grande partie des internes) en médecine libérale apprennent à prescrire à l'hôpital.

Nous avons vu quelques exemples de publicité : les repas, rallyes, réceptions offerts ne se comptent pas; ni les cadeaux personnels : trousses, gadgets plus ou moins utiles. Ces formes de publicité font partie du poste "Relations Publiques" qui comprend aussi le financement par les laboratoires de congrès, de journées médicales,

décision exceptionnelle dans les salles de garde parisiennes: le refus d'inviter les visiteurs médicaux, c'est à dire , d'accepter leurs cadeaux ; ce qui avait pour conséquence d'augmenter les notes des internes et de leurs invités. Parmi ceux-ci une minorité seulement approuva la décision.

-"Public Relations" et internes des hôpitaux.

Les internes des hôpitaux font l'objet d'une sollicitude particulière des visiteurs médicaux. On le comprend fort bien : Ce sont les internes qui, sauf exception, sont "libres de prescrire" sous le contrôle théorique et parfois effectif de leurs aînés : assistants, chefs de service.

Ainsi, lors de sa réunion annuelle, le Syndicat des Internes des villes de Faculté offre une réception où coulent le champagne, le Scotch .... Cette réception est financée par un laboratoire. De même, le budget de I.H.P., la revue syndicale des Internes des Hôpitaux de Paris est entièrement supporté par un laboratoire pharmaceutique. La "Nuit de l'Internat", fastueuse manifestation en costumes du XVIIème siècle, organisée dans le Palais Royal en 1965, coûta près de 60 millions d'anciens francs. Plus de la moitié de cette somme fut donnée par les laboratoires.

L'action sur les internes est doublement payante : dans l'immédiat, nous l'avons vu, par ses effets sur les prescriptions à l'hôpital, mais aussi par ses répercussions sur la pratique libérale : la médecine hospitalière a une réputation justifiée par diverses causes, de haute qualité technique. Les médecins de médecine libérale font plus confiance à un médicament s'il a déjà été prescrit à l'hôpital. D'autre part beaucoup d'externes qui s'installeront (comme une grande partie des internes) en médecine libérale apprennent à prescrire à l'hôpital.

Nous avons vu quelques exemples de publicité : les repas, rallyes, réceptions offerts ne se comptent pas; ni les cadeaux personnels : trousses, gadgets plus ou moins utiles. Ces formes de publicité font partie du poste "Relations Publiques" qui comprend aussi le financement par les laboratoires de congrès, de journées médicales,

de réunions cinématographiques; Et, c'est très important,d'aide aux diverses associations de médecins.

- Les visiteurs médicaux.

Il y a un autre poste publicitaire qui semble lui aussi très efficace : c'est la visite médicale,entretien entre un visiteur médical et un médecin pour présenter ou rappeler à celui-ci des produits du laboratoire. Il y a en France en viron 4 500 visiteurs médicaux, soit I pour IO médécins. Quel que soit l'intérêt du médicament présenté, les statistiques prouvent que la visite est efficace. Les pharmaciens le savent bien : les visiteurs passent parfois leur demander si tel médicament se vend bien. Dans la négative ils font des visites aux médecins et les jours qui suivent, les pharmaciens constatent une augmentation des prescriptions du médicament

Les stages de formation de visiteurs médicaux sont animés en général par des psycho-sociologues. Et nous n'avons pas été surpris d'avoir entendu l'un de ceux-ci dire " Ce sont les visiteurs médicaux et non les médecins qui, par l'intermédiaire de ceux-ci, font les prescriptions de médicaments. Le pouvoir de la publicité pharmaceutique sur les médecins est bien plus important que celui de la publicité courante sur les consommateurs, car elle est revêtue d'un vernis scientifique".

- Publicité écrite.

"L'Université du Praticien",revue apparemment d'information présentait dans son numéro de Décembre I965 une nouvelle préparation anti-virale, "qui se montre active sur le virus grippal.... Chez l'homme, son activité a été mise en évidence par l'application clinique et a une action préventive en période épidémique". Rapprochons cette information destinée aux médecins de ces phrases du Professeur LWOFF, Prix Nobel de Médecine, au cours d'une interview publiée dans le journal "Le Monde" des 23 - 24 Janvier I966 : " On vend dans les pharmacies des produits qui sont supposés agir dans les infections virales, comme

le rhume et la grippe par exemple, et dont le moins qu'on puisse dire est qu'ils sont totalement dépourvus d'activité. Ces produits sont remboursés par la Sécurité Sociale!"

La publicité écrite outre les articles dans des revues médicales, comporte aussi des "documents scientifiques" parfois fort bien faits et dont pourraient s'inspirer des articles d'enseignement post-universitaire qui ne sont pas toujours concis ni bien présentés.

Enfin certains feuillets publicitaires plus ou moins luxueux sont envoyés par la poste aux médecins et arrivent très vite pour la plupart dans leur corbeille à papiers.

Au total, les laboratoires pharmaceutiques dépensent en publicité à peu près 400 millions de francs par an soit IO 000 francs (I million d'anciens francs) par médecin !

Nous pourrions accumuler les preuves d'un dossier écrasant; notamment par le relevé et l'analyse des feuilles de prescriptions hospitalières, des ordonnances de médecins de médecine libérale, pour montrer que la liberté de prescription si chère aux médecins, si importante en principe comme en pratique, est, en ce qui concerne les prescriptions de médicaments, en partie illusoire pour beaucoup de médecins qui ne sont pas indépendants, pas libres, mais dépendants de la publicité pharmaceutique.

Certes, il y en a à tous les niveaux, en médecine libérale et plus encore en médecine non libérale qui sont conscients et libres envers cette pression publicitaire. Mais on peut dire sans exagérer, à notre avis, que la majorité des médecins (c'est à dire plus de la moitié d'entre eux) ,qu'ils en aient conscience (ils sont alors complices) ou non (ils sont alors victimes) sont aliénés à des degrés divers par le système de publicité pharmaceutique.

- <u>Qu'en pensent les jeunes médecins</u> ?

Une enquête faite en 1963 - 64 par un Bureau d'Etudes (le B.R.E.S., organisme qui se dit intermédiaire entre les médecins et les sociétés de produits pharmaceutiques) sur les préférences des jeunes médecins pour les diverses formes de publicité a donné les résultats suivants : sur 1173 réponses de médecins installés depuis

moins de cinq ans, à travers toute la France, 65% émanent de généralistes, 35% de spécialistes; parmi eux 51% sont un titre hospitalier (ancien interne ou externe), 37% de ces 1173 médecins préfèrent les relations publiques, 30% la visite médicale, 21% la publicité directe (envois de documents par la poste)I2% la publicité par la presse.

La plupart des réponses témoignent d'un sentiment de malaise face à ces diverses formes de publicité et certaines critiques sont très sévères pour celle-ci.

Parmi les suggestions qui sont émises, celles qui reviennent le plus souvent demandent aux laboratoires un effort pour soutenir et développer l'Enseignement post-universitaire sans avoir bien conscience peut être qu'un Enseignement post-universitaire développé par les laboratoires,risque de perpétuer le système en camouflant mieux la publicité. Ces jeunes médecins indiquent quelques formes que pourrait prendre l'Enseignement post-universitaire : édition de "tirés à part", objectifs,plaquettes de présentation sobre faisant état de résultats cliniques, fiches thérapeutiques.

Citons l'un de ces jeunes médecins. Docteur L .... (Ariège) :" Serait à souhaiter un périodique concis, rédigé par un collège de médecins libérés de toute influence publicitaire, faisant état dans une étude analytique et synthétique des principeset nouvelles spécialités thérapeutiques, classant ces dernières dans un schéma thérapeutique avec avantages et inconvénients ..."

- <u>Un Enseignement Post-Universitaire embryonnaire</u>.

On peut dire que la majorité des médecins ressentent le besoin d'un Enseignement post-universitaire dans lequel devrait prendre place une information sur les médicaments. Il existe actuellement quelques expériences d'Enseignement post-universitaire à Paris et en province. Elles sont facultatives : obligatoires, elles remettraient peut être en cause l'organisation actuelle de la médecine libérale. Pourtant étant donné la rapidité d'évolution de la médecine, en particulier des thérapeutiques, l'Enseignement post-universitaire est, surtout pour les médecins âgés, aussi important que l'enseignement reçu

pendant les études de médecine. Que penserait-on si celui-ci était facultatif ?

Ces expériences touchent très peu de médecins :pour diverses raisons; la plus importante est peut être la difficulté pour des médecins isolés et surmenés de se déplacer, laissant leur clientèle, pour passer quelques heures à écouter des cours que, le plus souvent,ils n'ont pas choisi, qui peuvent être très éloignés de leurs besoins réèls et qui, bien souvent, se soucient d'une information précise sur les médicaments.

L'information objective qu'ils souhaitent n'étant pas organisée, les médecins sont bien obligés d'accepter son ersatz : la publicité, bien que la plupart en souffrent. Les laboratoires le savent bien et tirent argument de la carence d'Enseignement post-universitaire en disant qu'il s'en trouve un peu dans leur publicité, ce qui est juste. Pourquoi cette carence , si la majorité des médecins en souffre.

- Où sont les résistances?.

En cherchant à qui elle profite parmi les médecins (car elle profite d'abord aux fabricants et aux pharmaciens) nous trouverons peut-être où se situent les blocages, les résistances à organiser une information objective qui devrait être organisée par les médecins eux-mêmes.

Nous avons dit que dans le poste "Relations publiques" de la publicité, se trouve le financement de nombreux congrès médicaux, réunions scientifiques ou non, journées médicales; et aussi des aides aux associations de médecins. On comprend que les dirigeants de ces associations soient discrets sur l'absurdité du système d'information et de production des médicaments.

Les revues destinées aux médecins vivent en grande partie pour quelques unes, en totalité pour beaucoup, grâce à l'argent des laboratoires. On comprend, là encore, que leurs comités directeurs et leurs comités de rédaction où se trouvent souvent des personnalités très influentes du milieu médical ne soient pas opposés au système

Dans certaines revues, notamment dans des revues syn-

dicales on peut lire : " Confrères! Nous recommandons particulièrement à votre attention les Laboratoires qui font de la publicité dans notre journal ....

Leurs produits vous donneront toujours satisfaction!"

Dans "l'Etudiant Médecin" organe de l'A.G.E.M.P.(1) de Mars I965 :"Il va sans dire que les laboratoires ne sauraient consentir un tel effort publicitaire si nos adversaires reprenaient l'A.G.E.M.P. . Nous ne saurions les en blamer..." (les adversaires demandent une réforme de l'information et de la production des médicaments.)

Dans le "Médecin de France" de Février I967, le Docteur MONIER, Brésident de la C.S.M.F. , qui répétons-le, groupe 80% environ des médecins libéraux, écrit : " l'Enseignement post-universitaire doit être organisé sous la responsabilité de la Profession et de l'Université L'information pharmaceutique doit être du domaine exclusif des intéressés, c'est à dire des fabricants. Nous disons tout net aux confrères : il n'est pas possible de prendre dans un système libéral ce qui paraît agréable à une profession en repoussant ce qui est nécessaire à l'épanouissement des autres. Si la publicité pharmaceutique peut quelquefois créer, pour le praticien notamment, une sujetion nouvelle, cette sujétion doit être supportée, acceptée : elle est la rançon des libertés auxquelles nous sommes mutuellement attachés."

C'est clair: la liberté de prescription , le souci de donner les meilleurs médicaments aux malades doivent s'arrêter là où il faut.

Il n'y a pas que la plupart des dirigeants d'associations de médecins à défendre le système. Les solidarités et complicités n'existent pas seulement au niveau collectif mais aussi au niveau individuel. Les liens familiaux entre le Corps médical et le monde pharmaceutique sont nombreux et il n'est pas question de le déplorer. Mais on ne peut s'empêcher de remarquer que ces liens peuvent avoir, que les intéressés en soient conscients ou non, une influence sur leur appréciation de la qualité du système de production et de distribution des médicaments.

(1) - Association Générale des Etudiants en Médecine de Paris.

- Essais thérapeutiques.

Parmi les médecins hospitaliers qui font les expertises cliniques, les essais thérapeutiques de médicaments, certains ont des participations financières dans des laboratoires. Le problème des expertises mériterait à lui seul une longue enquête. Le but de l'expertise clinique est de répondre à deux questions : intérêt thérapeutique du médicament à expertiser , et innocuité. Peu d'expertises sont faites avec des méthodes, bien connues des statisticiens, qui assurent la validité des résultats. La plupart des médicaments expertisés n'ont aucun intérêt thérapeutique et les médecins experts le savent. Citons le Professeur PERRAULT, Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris, et J. DRY " L'intérêt thérapeutique (au sens ministériel) est une notion passablement floue, et si la drogue (simple ou association) ne paraît pas dangereuse, il n'est sans doute pas indispensable de mettre en oeuvre des moyens longs et coûteux pour affirmer l'intérêt thérapeutique, alors qu'il s'agit d'une spécialité destinée à allonger encore la longue liste des panacées inactives et inoffensives, dont le grand intérêt demeure qu'elles vitent souvent le recours inutile à des drogues dangereuses."(Revue du Praticien I963, XIII, 33, P. 3933)

Les médecins hospitaliers acceptent de faire ces expertises parce qu'elles sontbien payées par les laboratoires. Certains médecins utilisent l'argent reçu pour améliorer leur service, ou dans leurs budgets de recherche. D'autres "se le gardent". On peut se demander si tout cela ne les rend pas plus favorables au système.

- Abondance de biens.

Le nombre des produits pharmaceutiques est de 11 000 en France alors qu'il est de 1 600 en Suède, 4 000 aux Pays Bas. Il est vrai qu'il est de 55 000 en Allemagne de l'Ouest! (chiffres de la Fédération Internationale Pharmaceutique, en I965). Ce qui peut nous rendre méfiant, ce qui doit nous rendre vigilant, sur une éventuelle harmonisation des régimes de production de médicaments dans le Marché ommun.

Il n'est pas inintéressant de rapprocher de ces chiffres, ceux de la mortalité infantile, qui sont un bon indice de l'état sanitaire d'une population; sans bien sûr que l'on mette entre les deux séries de chiffres une relation causale.

La mortalité infantile en I962 (Revue Population) était en France de 25,9 o/oo, en Allemagne de l'Ouest de 29,2 o/oo; aux Pays Bas de I5,3 o/oo et en Suède de I5,3 o/oo.

Le Dictionnaire VIDAL sert aux médecins pour obtenir certains renseignements sur les médicaments. Ces renseignements donnés par les fabricants ont une apparence d'objectivité. Lorsqu'on parcourt la liste des spécialités classées par action thérapeutique dans les premières pages du Vidal, on est frappé par le fait que la plus longue liste, et de loin, est celle des "Toniques Généraux et Reconstituants, associée à celle des Vitamines". Il serait amusant d'en faire deux listes : ceux qui seraient à garder; ceux dont la médecine pourrait se passer. La première liste serait très courte.

Dans la "Revue du Praticien" qui est sans conteste l'une des plus sérieuses revue d'information médicale, on pouvait lire dans l'article déjà cité du Professeur PERRAULT, Professeur de Thérapeutique, et de Monsieur J. DRY, intitulé "La Thérapeutique en I963 " : Ici (en France) comme ailleurs, on a surtout enregistré des associations médicamenteuses très nombreuses, très inutiles, très coûteuses, où les vitamines ont joué un rôle de premier rang; on a modifié, au nom du progrès que l'on n'arrête pas, les techniques de préparation et de présentation de vieux produits, d'ailleurs fort estimables, sans autre intérêt certain qu'une grande accélération de la circulation des richesses vers une destination trop polarisée." (Revue du Praticien, XIII, 33, p. 3925)

Pour apprécier la liberté de prescription, en ce qui concerne les médicaments, on peut poser deux questions :

- Le médecin a-t-il à sa disposition ou n'a-t-il pas de bons instruments, des instruments efficaces, pour exercer son métier?

- Si ces instruments existent,, sait-il et peut-il les utiliser ?

- Quelques conséquences.

Parmi la pléthore de médicaments inutiles, les bons instruments, les insturments efficaces existent. Qu'il s'agisse de certains antibiotiques, de certains corticoïdes, de certains neuroleptiques par exemple. Et un certain nombre de médecins les connaissent et les utilisent. Il faut reconnaître que c'est surtout en milieu hospitalier où exercent les enseignants, que ces médicaments sont le mieux utilisés, remplissent au mieux leur fonction. L'expérience reçue à l'hôpital, les contacts fréquents entre médecins permettent en général de trier assez vite bons et mauvais médicaments. Et si les prescriptions de médicaments sont parfois trop nombreuses à l'hôpital, il s'agit en général de prescriptions associant le ou les médicaments efficaces, indiqués dans l'affection en traitement, et un ou des médicaments supplémentaires, superflus, prescrits par un médecin (interne ou assistant) qui dit parfois "on n'est pas sûr que ça agisse, mais ça ne fait pas de mal".

Les conséquences ne sont pas médicales: le traitement qu'il fallait a été prescrit, le malade à toutes chances, si sa maladie est curable, de guérir. Les conséquences sont économiques : on a gaspillé de l'argent qui aurait pu être employé plus utilement.

Par contre, le médecin exerçant isolément, en médecine libérale, n'a souvent d'autre source d'information sur les médicaments que sa plus ou moins proche formation universitaire et hospitalière (lorsque celle-ci a existé) et que la publicité médicale. En effet, le système concurrentiel de la production pharmaceutique est si bien admis par les médecins, que dans les cours de faculté et dans les revues médicales où paraît un article honnête de thérapeutique, celui-ci est le plus souvent non opératoire : l'auteur ne dit pas quel médicament utiliser mais indique tous les médicaments de la même famille qui peuvent être utilisés, (sans indication de leur prix si on suppose leur activité égale). Il existe aussi de très nombreux articles de publicité camouflée dont vivent certaines revues et dans lesquels il n'est pas toujours facile de faire la part d'information et de publicité.

Pour le médecin isolé qui est mal informé, les conséquences risquent de n'être pas seulement économiques ; un ou des

médicaments inefficaces peuvent être utilisés non en supplément, mais à la place des médicaments efficaces

Les forces en présence sont trop inégales : sur le médecin qui souhaiterait prescrire ce qu'il faut, la pression de l'information objective et très inférieure à celle de la publicité dont le but est ailleurs : peu importe au fabricant, au visiteur, que les malades guérissent. Ce qui importe c'est de vendre de la marchandise : si elle est bonne (ce qui arrive parfois) tant mieux. Si elle n'est pas bonne (ce qui est beaucoup plus fréquent) tant pis. De toute façon, pour la vendre il faut convaincre l'acheteur ou plutôt ici le prescripteur, qu'elle est bonne.

Alain MURCIER dans son étude, remarque fort justement : "quels qu'ils soient, les médecins harcelés par une publicité qui finit par les droguer sans les avoir réellement informés prescrivent beaucoup tant bien que mal".

- liberté de prescription n'est pas absence de contraintes.

Il faut mettre en garde les médecins contre les excès d'une apparence de liberté individuelle qui ne reposerait pas sur les connaissances nécessaires pour que cette liberté ne soit pas une tromperie dangereuse : chacun ne peut tout savoir, tout connaitre, et un aspect important de la véritable liberté de prescription est d'être capable de "passer la main" lorsqu'on n'est plus compétent. De nombreux exemples de limites à la liberté de prescription peuvent être trouvés dans le domaine de la prévention; les vaccinations obligatoires par exemple s'imposent aux médecins aussi bien qu'aux malades qu'ils vaccinent et c'est heureux.

Il peut arriver aussi pour certaines maladies, qu'une longue expérience de plusieurs médecins aboutisse à la conviction qu'un traitement est préférable à un autre. Là encore une apparente liberté peut être préjudiciable aux malades. On ne voit pas au nom de quoi un médecin demanderait la liberté de soigner, dans ces cas, les malades à son gré. Voici un exemple qui existe à l'Institut Gustave ROUSSY, Centre Anti-cancéreux : chaque malade doit être vu par une équipe ou Comité, comprenant un médecin, un chirurgien et un radiologiste qui, après

avoir examiné ensemble le malade et tous les élèments permettant de connaître le diagnostic et l'état clinique de celui-ci, prennent la décision thérapeutique d'après un "protocole de traitement" qui pour chaque éventualité prévoit un plan thérapeutique. Le texte du protocole a été étudié en commun par l'ensemble des spécialités intéressées, mis au point par le Comité chargé de l'appliquer; il est approuvé par le Directeur de l'Institut qui lui donne force de loi et engage ainsi sa responsabilité dans le cadre de l'application de ce plan.

Les trois médecins de l'Equipe ont la responsabilité collective de l'application du plan thérapeutique. Le texte suivant prouverait, s'il en était besoin, que la liberté de prescription n'est qu'un moyen qui doit être subordonné à sa fin : aider au mieux le malade à retrouver la santé. Un excès de liberté individuelle peut aller contre cette fin :

"Il est des pays où ce sont très habituellement les chirurgiens qui sont les meneurs de jeu, et les radiologues ne sont que les éxecutants de ce que les chirurgiens n'ont pas voulu ou pu faire. Dans d'autres pays, à l'inverse, quand on parle de carcinologie, on parle essentiellement de radiologie, la chirurgie n'intervenant généralement pas dans une discussion concertée. Une telle pratique a de graves inconvénients quant à la thérapeutique même, car elle aboutit à ce que chacun des techniciens premier consulté, au lieu de se demander si l'une des techniques soeurs n'est pas en mesure de faire mieux que lui ou au moins tout aussi bien mais avec des moyens plus simples, commence à faire le maximum de ce qu'il est capable de faire, quel qu'en soit le prix pour le malade, et ne transmet à une autre technique que ce qu'il ne se juge pas en état de faire." (Originalité des Centres Anti-cancéreux français par P. DENOIX)

- <u>Clientèle et liberté de prescription</u>.

Quand il prescrit, le médecin n'est pas seulement soumis à la pression de la publicité pharmaceutique; la situation concurrentielle des médecins exerçant en médecine libérale et, nous le verrons, la rémunération à l'acte diminuent la liberté de prescription de beaucoup d'entre eux, en particulier des jeunes médecins :

ils peuvent parfois difficilement refuser ce que demandent certains malades, leurs clients, qu'il s'agisse d'arrêtsde travail, de certificats ou de certains médicaments. Ils ne peuvent pas ou ne croient pas pouvoir éduquer leurs malades. Et Alain MURCIER remarque fort justement à ce propos : "Les jeunes médecin sont-ils aussi moins armés pour résister aux sollicitations des malades alors que la constitution d'une grosse clientèle est le premier souci du praticien qui doit amortir ses frais d'installation ? Entre le marteau des laboratoires et l'enclume des patients, bien portants qui s'ignorent, le médecin doit être d'un exceptionnel métal pour résister à la déformation."

- Effet placébo et coût de l'ordonnance.

C'est toute une psychologie collective de certains médecins et des malades qui est produite par le système : beaucoup de malades sont insatisfaits, désagréablement surpris s'ils n'ont pas une ordonnance dont le coût est élevé. Certains médecins prescrivent en fonction de cette attente ; les uns et les autres pensant "c'est la Sécurité Sociale qui paie" semblent inconscients des conséquences économiques de ces habitudes. On peut d'autant plus regretter celles-ci que, bien souvent, l'ordonnance, geste rapide, remplace un entretien qui aurait dû être prolongé : le médecin , qui doit aller vite, parcequ'il est très demandé, parce que rémunéré à l'acte il préfère multiplier les actes rapides, prescrit des médicaments au lieu selon l'expression de BALINT "de se prescrire lui-même"; Dans nombre de cas des médicaments très chers qui ont été prescrits agissent par effet placébo, c'est à dire, indépendamment de leur composition, mais par le seul fait que le malade place en eux sa confiance; confiance qui dépend, en grande partie, de la façon dont le médecin prescrit.

- La liberté a un prix.

Nous avons dit que l'exercice de la liberté d'investigation et de prescription nécessitait certains moyens mis pour les

malades à la disposition des médecins et des membres des professions de santé ; qu'il s'agisse d'équipements aussi bien en personnel qualifié qu'en matériel, qu'en locaux ou qu'en médicaments.

Il faut des crédits pour produire ces moyens et pour les utiliser. On entrevoit deux limites possibles à la liberté de prescription, des limites d'ordre économique:

- l'une individuelle, concernant le malade : celui-ci peut avoir des moyens personnels insuffisants pour se soigner, ce qui rend nécessaire, étant donné le coût de certains traitements, un système de prise en charge collective des dépenses.

- l'autre limite est collective : le coût total des dépenses de soins forme un budget qui, quel que soit le revenu global d'un pays, ne peut être illimité : les médecins ne détiennent par les cordons d'une bourse sans fond. Nous reviendrons sur ce problème dans un autre chapitre pour indiquer dans quelles directions peuvent se situer les solutions à proposer. Mais déjà on peut dire, qu'il existe là une limite inéluctable à la liberté de prescription. Cette limite dépend de choix économiques et politiques ; elle doit être fixée par ceux qu'un pays a choisi pour le diriger; le rôle des médecins est de participer à ce choix en éclairant l'opinion et les pouvoirs publics sur les besoins dans ce domaine et sur la manière dont tel régime économique, telle organisation de la distribution des soins satisfait plus ou moins bien ces besoins

CONCLUSIONS

1) - La liberté de prescription et d'investigation est, au sens large, la liberté pour les médecins de choisir et de disposer des examens et moyens de traitements les meilleurs pour qu'une population soit protégée de la maladie, pour que les malades retrouvent la santé dans les meilleurs délais. C'est, à l'évidence, le principe le plus important de la Charte Médicale. Et si certaires limites lui sont inéluctables, le maximum doit être fait pour reculer ces limites et pour qu'existent les conditions de cette liberté.

2) - le système concurrentiel et la rémunération à l'acte de la médecine libérale entraînent pour beaucoup de médecins une limitation de leur liberté de prescription et constituent un obstacle à leur rôle d'éducateurs.

3) - Face à une publicité pharmaceutique d'autant plus puissante qu'elle prend les masques de l'information scientifique et parfois de l'enseignement post-universitaire, les médecins hospitaliers semblent mieux armés que les médecins de médecine libérale pour apprécier les médicaments: c'est dire que la liberté de prescription ne saurait être considérée comme une caractéristique de la médecine libérale.

4) - Les médicaments sont produits en trop grand nombre par trop de laboratoires. Ils sont trop prescrits et trop chers. Surtout ils sont l'occasion de bénéfices trop élevés aussi bien au stade de la production qu'à celui de la distribution. Ces gaspillages qui existent à tous les niveaux du circuit des médicaments entrainent des dépenses inutiles et drainent une part importante de crédits forcement limités. Celle-ci pourrait être employée plus utilement dans d'autres secteurs de la protection de la santé.

5) - L'organisation actuelle de la production des médicaments et de l'information de l'ensemble des médecins sur ces médicaments remplit à l'évidence très mal son rôle. Beaucoup de médecins le savent et sont, d'une manière confuse, insatisfaits, mal à l'aise devant cet état de chose. Mais leur insatisfaction est stérile : peu vont jusqu'à la prise de conscience des causes réelles, la révolte devant leur aliénation et le combat pour changer de système.

A l'opposé, beaucoup d'autres, en particulier parmi les médecins influents, ne paraissent pas souhaiter que cette organisation soit remplacée par une autre, efficace, c'est à dire qui remplisse sa fonction : fournir aux médecins des instruments qui soient les meilleurs possibles pour soigner les malades.

Si on s'interroge sur les raisons de cette résistance des médecins à un changement souhaitable, il en est plusieurs qui ne

peuvent manquer de venir à l'esprit :

a)- Beaucoup de médecins profitent, sous une forme plus ou moins apparente, soit personnellement, soit collectivement au niveau des associations ou des groupes de pression qui les représentent, d'une partie des bénéfices énormes réalisés grâce à eux par les entreprises de production de médicaments.

b)- Certains peuvent craindre que l'organisation d'un Enseignement post-universitaire généralisé et obligatoire dans lequel pourrait prendre place une information sur les médicaments ne soit susceptible de remettre en cause la forme d'exercice libéral auquel ils sont attachés.

c)- Certains médecins craignent peut être qu'une information bien organisée qui indiquerait un petit nombre de médicaments à employer ne diminue l'apparente liberté de prescription actuelle qui leur donne l'illusion d'un choix parmi beaucoup de médicaments qu'ils connaissent mal.

6) - Des médecins connaissent les médicaments efficaces. Si l'ensemble des médecins ne peut les utiliser c'est parce que manque l'institution qui permettrait aux premiers de transmettre aux seconds leurs connaissances : un organisme public d'information sur les médicaments, indépendant des laboratoires pharmaceutiques et dont les travaux et conclusions devraient parvenir périodiquement à tous les médecins.

VI - LA REMUNERATION DU MEDECIN

" Puisse toute chose dite habituelle vous
inquiéter
Dans la règle, trouvez l'abus
Et partout où l'abus s'est montré
Trouvez le remède "

BRECHT

- Le problème majeur ?

Avec la rémunération du médecin, nous abordons des principes qui ont une importance, une résonance particulières chez les médecins, et qui sont nettement différents des principes précédents: ceux-ci, secret professionnel, libre choix, liberté de prescription, concernent certes le médecin, mais leurs conséquences s'appliquent au malade. C'est l'inverse qui se produit pour la rémunération: elle concerne surtout le médecin et parfois seulement celui-ci. Les premiers principes intéressent d'abord le malade, les derniers intéressent d'abord le médecin. De ce fait, ceux-ci sont au premier plan des préoccupations syndicales; en parler peut entrainer une mise en cause personnelle de certains médecins et la mobilisation en eux de sentiments conscients et inconscients qui s'expriment de manière souvent passionnelle.

En outre, pour beaucoup de médecins, il existe une réticence, voire une gène,à reconnaitre l'importance qu'ils attachent à ce problème.

- Distinguer les divers éléments.

La complexité du sujet augmente la difficulté pour en parler et facilite les confusions que certains médecins s'entendent fort bien à entretenir. Il faut distinguer et dissocier lorsqu'on parle de la rémunération du médecin les éléments suivants:

1) Qui paie le médecin: paiement direct par le malade ou tiers payant ?

2) En fonction de quoi est payé le médecin : à l'acte ou bien au forfait proportionnel au temps de travail, ou au nombre de malades pris en charge.

3) Comment est déterminée sa rémunération: par entente directe avec le malade, ou par convention, ou bien fixée par l'employeur.

4) Quelle est la participation du malade: nulle si les soins sont gratuits, ou partielle avec un ticket modérateur, totale en l'absence d'assurance.

5) Quel est le niveau global des revenus des médecins: revenu brut, revenu fiscalet revenu réel. Chacun de ces divers facteurs à des conséquences économiques et des conséquences que l'on pourrait appeler techniques c'est-à-dire portant sur l'efficacité, la qualité de la médecine.

Chacun d'eux met en jeu des intérêts, notamment financiers, qui ne sont pas forcément convergents, qui peuvent entrer en conflit: intérêts des médecins, intérêts des salariés cotisant à la Sécurité Sociale ou aux assurances complémentaires, intérêt de l'état.

Chacun d'eux a des applications individuelles avec ses aspects psychologiques personnels qui ne sont pas forcément parallèles à ses applications collectives avec la psychologie sociale des groupes concernés.

- Dans les deux secteurs

Nous avons vu qu'il y a deux grands groupes de médecins exercant dans deux secteurs différents: trois médecins sur quatre exercent surtout dans le secteur privé, qui correspond à la médecine libérale, un sur quatre dans le secteur public ou semi public.

Nous allons envisager les divers éléments de la rémunération dans chacun des deux secteurs. Nous parlerons plus longuement de deux d'entre eux :

- le paiement à l'acte en raison de son importance parmi les options des médecins libéraux et dans leur pratique.

Le niveau des revenus, car c'est un élément dont, en général, on parle très peu.

- Comment est déterminée la rémunération du médecin ?

- dans le secteur public: le salaire est fixé par l'employeur; il peut-être indexé ou non, dans une échelle de salaires; il peut faire l'objet d'un contrat.

- dans le secteur privé: depuis 1960, le prix de l'acte est fixé dans une convention type par arrêté interministériel après consultation des représentants de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, et des organismes de Sécurité Sociale. Les médecins peuvent ahérer collectivement, par département, ou sinon, individuellement à cette convention. 80 à 85 % des médecins français sont conventionnés. Pour les autres médecins qui refusent d'adhérer à la convention, c'est-à-dire pour 11% environ de l'ensemble des médecins praticiens, il y a " entente directe " entre le médecin et le malade.

Dans les termes d'entente directe, il y avait, il y a toujours un malentendu, comme le remarque le docteur J.SARANO ("dans la médecine et les médecins"): " l'entente directe est une expression pudique pour signifier que le praticien décide lui-même du montant de ses honoraires d'après l'importance qu'il attribue au service rendu et au jugé de la situation de fortune de son client. Il n'est donc nullement question d'une entente réelle".

La répartition géographique des médecins non conventionnés qui, seuls, pratiquent encore l'entente directe laisse à penser que, dans l'ensemble, celle-ci leur permet, par le tri des clients qui s'adressent à eux de demander, pour les mêmes actes, une rémunération supérieure à celle des autres médecins.

L'intérêt de l'entente directe est pécuniaire et concerne le médecin, et non le malade.

- Qui paie le médecin ?

Dans le secteur public : c'est l'employeur du médecin,

c'est un tiers payant; dans le secteur privé, c'est le plus souvent le malade, qui tient ainsi à la fois le rôle d'employeur et de client; il y a paiement direct. Dans certains cas, en particulier pour les soins aux accidentés du travail, aux bénéficiaires de l'Assistance Médicale Gratuite, il y a un tiers payant.

Trois remarques sur le problème du paiement direct et de son opposé le tiers payant :

1) Un tiers payant les médecins signifie suppression du "lien d'argent" avec les malades mais aussi existence d'un employeur, ce qui pose des problèmes particuliers : selon la nature de cet employeur, les garanties d'indépendance des médecins dans leurs décisions professionnelles doivent être exigées. Autre problème important dont nous reparlerons: celui de la participation des médecins à la gestion à tous les niveaux, des institutions dans lesquels ils exercent.

2) Leurs conséquences sur la fiscalité des médecins ont probablement des incidences sur les préférences de ceux-ci pour l'un ou l'autre mode de paiement.

3) Beaucoup de médecins sont opposés au tiers payant parce que, disent-ils, accompagné de la gratuité des soins pour le malade, il entraîne une surconsommation; c'est vrai. Mais les deux éléments peuvent être dissociés. Un tiers payant les médecins est tout à fait possible avec une participation des malades aux frais entraînés par la maladie: c'est ce qui se produit en consultations hospitalières par exemple.

Il faut donc bien préciser ce dont on parle et traiter à part l'élément suivant:

- <u>Quelle est la participation du malade</u> ?

Que la participation des malades soit totale, partielle ou nulle, ils peuvent s'adresser aux médecins qui exercent dans le secteur privé, ou à ceux qui exercent dans le secteur public.

Si certains traitements n'étaient pas gratuits pour eux beaucoup de malades ne pourraient en bénéficier.

Mais il faut remarquer, c'est un truisme, qu'il y a toujours quelqu'un qui paie. Et même si le malade ne débourse rien, c'est cependant lui qui paie en réalité le plus souvent, soit par l'intermédiaire de ses cotisations à la Sécurité Sociale, soit par ses impôts directs ou indirects. Une phrase du 10ème rapport de la Commission des Comptes des entreprises publiques, peut-être citée ici : " il n'est pas sans inconvénient de reporter trop largement sur le contribuable la charge qui incombe au consommateur ou à l'usager ".

Il nous semble impossible d'avoir sur ce sujet une position doctrinale applicable toujours et partout.

Aussi, nous garderons-nous d'une position schématique, après avoir montré 2 pôles entre lesquels peuvent osciller des solutions. La participation des malades aux frais de leurs soins doit être choisie en fonction de multiples facteurs dont l'un est primordial le souci d'assurer la protection la meilleure possible pour toute une population; les autres sont notamment le montant de ces frais, le revenu des intéressés, leur degré d'éducation sanitaire mais aussi civique.

Mais répétons-le, le problème de la participation des malades doit être discuté indépendamment des autres éléments de la rémunération du médecin.

- <u>En fonction de quoi est payé le médecin</u> ?

- Dans le secteur public : en général, les médecins reçoivent une rémunération forfaitaire, salaire mensuel le plus souvent. Pourtant, dans quelques institutions, tout ou partie de leur rémunération sont proportionnels au nombre d'actes.

- Dans le secteur privé : le médecin est toujours rémunéré à l'acte.

- <u>Un point sensible</u>

Le paiement à l'acte est donc l'élément le plus caractéristique de la médecine libérale : et c'est un point sensible dans le corps médical.

La preuve en serait donnée, si besoin était par les réactions extrêmement vives de la majorité des médecins lorsqu'il est mis en cause.

Le projet de Maison Médicale d'Ivry a soulevé les passions parce qu'une rémunération forfaitaire mensuelle y était prévue pour les médecins;

Un article du journal "Le Monde" (2 juin 1965) présentait les options du C.N.J.M.F qui remet en cause le paiement à l'acte. le Président de la C.S.M. lui-même répondit pour tenter de montrer laborieusement que les jeunes médecins sont des rêveurs.("Le Monde" 27 juillet 1965).

Monsieur R.GRANDJEAT dans un livre intitulé "La Santé Gratuite" et paru dans la collection "Société" du Seuil en 1965 fournit des arguments solides avant de se prononcer contre le paiement à l'acte. C'est Monsieur MIGNON, conseiller juridique de la C.S.M.F. qui tente de réfuter ces arguments dans le concours Médical.

- Avantages.

Le paiement à l'acte présente certains avantages: Comme l'ouvrier salarié aux pièces dans une entreprise, le médecin payé à l'acte, directement intéressé à sa production, essaie de ne pas perdre de temps et de travailler beaucoup, essaie d'avoir un bon rendement. Lorsqu'on voit le temps perdu dans certains services hospitaliers aux horaires élastiques, c'est-à-dire lorsqu'on compare le temps global de travail en secteur public ou semi public et en secteur privé, on ne peut pas négliger si l'on se place à ce seul point de vue de la production, cet avantage du paiement à l'acte. Les pouvoirs publics le savent bien et ne semblent pas mécontents du surmenage de beaucoup de médecins qui leur permet d'être moins préoccupés par l'insuffisance du nombre de ceux-ci.

Autre avantage que nous avons déjà rencontré : le désir de faire le plus d'actes possibles amène le médecin, à souhaiter avoir le plus de clients possibles, jusqu'à un certain seuil, donc à gagner la confiance des malades et à leur être agréable.

L'affabilité, quelles que soient ses motivations, est en général préférable chez un médecin à la mauvaise humeur.

Mais on peut objecter que la confiance des malades comme celle des clients d'un magasin, convaincus par un vendeur, n'est pas forcément bien placée, puisqu'ils ne possèdent pas en général, les éléments qui leur permettraient d'apprécier leur médecin, lequel nous l'avons vu, n'a pas toujours la compétence que lui confère le titre de docteur.

- Concurrence

La situation concurrentielle de beaucoup de médecins, déterminée à la fois par la rémunération à l'acte et par le libre choix n'a pas que des avantages : puisqu'elle amène certains, dans le désir de plaire à leurs clients, à ne pas prescrire à ceux-ci que ce qui serait médicalement nécessaire: le médecin salarié est en général beaucoup plus indépendant, plus libre, et peut en particulier plus facilement être éducateur.

- Rythmes de travail

Le souci du rendement a lui aussi ses revers: alors que tous les représentants des médecins disent à qui veut les entendre qu'il n'est de bonne médecine que de médecine lente, la rémunération à l'acte aidée en celà par l'insuffisance du nombre des médecins pour faire face à la consommation médicale croissante, condamne beaucoup à faire une médecine trop rapide: certains médecins à côté d'une salle d'attente pleine, ont à peine le temps d'écouter et pas toujours celui d'examiner leurs malades. Une ordonnance bien remplie et "au suivant".

Le plus souvent les conséquences ne sont pas graves. Mais parfois, faute d'examen initial sérieux, une maladie réclamant un traitement rapide n'est reconnue que trop tard lorsque le malade arrive à l'Hopital, après un temps perdu pour le traitement.

Les consultations et visites ne sont pas toujours justifiées: à la fois parce que l'éducation sanitaire est insuffisante

et parce que le médecin a intérêt à les multiplier.

Il ne faut pas accuser les médecins de ne pas vouloir soigner leurs malades. Mais on peut remarquer que, rémunéré à l'acte le médecin n'a pas intérêt à ce que les malades guérissent le plus vite possible, ou plus simplement, ne viennent le voir que si c'est nécessaire; ceci n'est probablement pas sans rapport avec le fait que la prévention, l'éducation sanitaire soient des parentes pauvres de la médecine française et qu'elles soient très peu prises en charge par les médecins libéraux.

Il faut remarquer ici que le paiement à l'acte n'est pas le seul élément qui favorise une médecine trop rapide: un autre élément est au moins aussi important que le paiement à l'acte : c'est l'insuffisance du nombre des médecins pour faire face à la consommation médicale.

Ce problème resterait posé en cas de suppression du paiement à l'acte, même si la structure de la consommation médicale se modifiait avec un autre mode de rémunération et avec une éducation sanitaire disposant de plus de moyens.

- Rentabilité, rendement et productivité

Le paiement à l'acte, qui comme le remarque le docteur A.VINCENT (dans "Médecine de Groupe au Service de l'Homme") a pu avoir une valeur à une époque ou un acte équivalait un autre acte, apparait d'autant plus arbitraire que la durée, l'effort, le service d'une consultation médicale sont extrêmement variables actuellement.

Certains actes sont plus rentables que d'autres: par exemple, ceux que produisent les "appareils à sous" tels que radioscopies, électrocardiogrammes, et autres appareils pour examiner ou traiter. Ceux-ci sont vite amortis et sources de fructueux bénéfices. Les consultations ou visites sont d'autant plus rentables que plus rapides. Les médecins sont de ce fait incités à une distorsion dans les actes qu'ils pratiquent, poussés à faire les actes les plus rentables au détriment des autres. Certains médecins ne cèdent pas à cette incitation. D'autres, parfois inconsciemment, parfois volontairement,

pratiquent plus ou moins en fonction de ces critères.

Et si l'on considère la production de services, la productivité réelle est très inférieure au rendement apparent: il y a souvent une "mal consommation"; c'est-à-dire une surconsommation de certains actes, de certaines catégories de la population, à côté d'une sous-consommation d'autres catégories.

- Faux plein-temps

La possibilité de gains élevés permis par le paiement à l'acte et l'existence d'un double secteur libéral et non libéral est parfois un facteur de sabotage du plein temps hospitalier par certains. Par exemple, il y a des chirurgiens dont le statut et le salaire sont ceux d'un travail hospitalier à temps complet et qui continuent d'opérer dans une ou plusieurs cliniques privées.

- La dichotomie

La dichotomie est le partage d'honoraires. Le plus souvent c'est un spécialiste, chirurgien notamment qui verse à un autre médecin, l'un de "ses correspondants", une partie des honoraires reçus des malades que lui a adressés ce dernier. Le but: l'inciter à adresser le plus de malades possibles au dit "spécialiste". Paradoxalement, la dichotomie a pu, dans certains cas, être utile: le système en effet, incite certains médecins à garder leurs malades et à faire eux-mêmes le plus possible de consultations et d'examens complémentaires, parfois au-delà de leurs compétences: dans ces cas le recours au spécialiste est plus heureux pour le malade.

En parlant de la dichotomie, nous allons nous attirer les foudres de beaucoup de médecins. Nous avons pris le parti de refuser la dissimulation. La dichotomie, interdite par le Conseil de l'Ordre n'est certes pas pratiquée par tous les médecins. Il est probable qu'une minorité seulement la pratique, encore que, on le conçoit aisément, les statistiques sur ce sujet ne soient pas faciles à établir.

Les étudiants en fin détudes, externes, internes qui font des remplacements savent que dans certains quartiers ou régions, et dans certaines spécialités la dichotomie n'est pas rare. L'extension des conventions et le remboursement par la Sécurité Sociale d'honoraires versés à deux médecins traitants (en règle chirugien et généraliste) en a diminué, mais non supprimé la pratique; et l'on sait qu'il reste 15 % environ des médecins libéraux non conventionnés.Bien sûr, tous ceux-ci ne dichotomisent pas. Mais on peut avancer que tant que persistera la rémunération à l'acte, certains actes au coefficient élevé seront un appel permanent à la dichotomie. Et le diplome de docteur en médecine n'a jamais été un brevet d'honnêteté.

Certes la majorité des médecins sont honnêtes, il y a même des apôtres; il y a aussi des truands dans la profession, comme dans toute autre où l'on peut gagner beaucoup d'argent. Mais les truands, étant donné l'objet de leur exercice, sont peut-être ici plus dangereux que dans d'autres professions: il y a des appendices qu'on fait enlever ainsi très facilement. Ce n'est peut-être pas grave. En tout cas moins que d'enlever un utérus ou un estomac lorsque ce n'est pas nécessaire. (nous ne nous plaçons pas ici sur le plan de la morale, ce qui ne signifie pas que nous la négligeons, mais sur celui de la protection de la santé).

- <u>Cliniques privées et voyages en Suisse</u>

La dichotomie peut revêtir de multiples aspects: elle siège le plus fréquemment dans les cliniques privées, non conventionnées ou conventionnées; dans certaines, le jeune chirurgien pour pouvoir opérer doit donner unerristourne au directeur de la clinique. Les examens complémentaires sont également une bonne source de revenus. Aussi certains laboratoires d'analyses, certaines cliniques où l'on fait des examens radiologiques, des E.C.G., d'autres examens, donnent-elles un pourcentage au médecin qui les a prescrits.

Plus les actes sont chers, plus la dichotomie est intéressante. Certaines luxueuses cliniques privées dans l'Ouest de la région

parisienne notamment, sont d'excellentes affaires: parfois on y pratique en toute sécurité des avortements non thérapeutiques; tout le monde y gagne; même l'opérée à qui cela revient à peine plus cher que le long voyage en Suisse fait dans le même but par certaines. On prend peu de risques: les adresses circulent de bouche à oreilles; la jeune femme peut avoir eu des hémorragies; ou sinon, elle peut l'avoir prétendu devant son médecin.

- Un problème européen

Il n'y a pas qu'en France que les modalités de la rémunération laissent à désirer :

- en Allemagne on appelle les médecins qui multiplient les actes des "lions de caisse"

- en Italie, même résultat; voici ce qu'en disait le Docteur PALENZONA dans le Concours Médical du 18 avril 1964 :

" Chaque assuré social choisit le médecin le plus proche de son domicile, par commodité, et de son côté, le médecin rétribué au tiers payant à bas tarif, a tout intérêt à effectuer le plus grand nombre possible de prestations. Les cabinets des médecins conventionnés regorgent ainsi de malades et le nombre des "prestations" (qui la plupart du temps consistent à rédiger rapidement une ordonnance ou un certificat) atteint souvent 20 et plus à l'heure. Il s'est ainsi crée une "élite" de médecins mutualistes qui, avec les tarifs actuels de 400 et 800 lires, parvient souvent à des gains supérieurs à ceux des chefs de service hospitalier, en réussissant à encaisser des Mutuelles jusqu'à 10, 15 et parfois 20 millions de lires par an. Les médecins ne veulent pas entendre parler des normes,mais orientent leur action syndicale uniquement vers l'augmentation des tarifs en usage. Que tout ceci fasse une bonne médecine est une autre question ".

Le rapport de la"Commission DOBLER", commission d'étude des problèmes de la Sécurité Sociale en France souligne lui aussi les difficultés d'associer un paiement à l'acte des médecins et une participation faible des assurés sociaux.

" Aucune expérience étrangère ne permet, en effet, d'affirmer que la croissance de la consommation médicale ne s'accélèrera pas dans un système où le coût des soins sera réduit à presque rien pour l'assuré, mais où les médecins resteront rémunérés à l'acte et où la pression pour des ordonnances plus importantes et des visites plus nombreuses n'aura point d'autre frein qu'un ticket modérateur limité... Le problème à résoudre par les pouvoirs publics a au moins la dimension minima annoncée, ce qui suffit à faire apparaître que ce problème n'est pas soluble par la voie d'ajustements annuels dans des structures inchangées." Pierre GRANDJEAT dans "LA SANTE GRATUITE" remarque " Il ne peut y avoir excès que s'il y a accord, pour le commettre, entre le praticien et le malade. On peut dès lors se demander si la "pression" que peut exercer le client ne résulte pas, justement, du mode de rémunération et ne retire pas au praticien les moyens d'y résister".

- <u>D'autres problèmes restent</u>

Le Docteur R.WEISS , parlant au nom des médecins généralistes et spécialistes, tous salariés, de l'équipe de La Feuilleraie à Marseille, remarque: " La suppression(découlant du salariat) du lien direct d'argent entre le médecin et le malade est une condition nécessaire à l'amélioration de leurs rapports mais non forcément suffisante" (La Nouvelle Critique n° 181, janvier 1967).

Il ne s'agit pas de faire du paiement à l'acte le bouc émissaire de tous les maux de la médecine. Supprimé celui-ci, d'autres problèmes, y compris ceux nés de sa suppression, restent posés. Mais il faut essayer d'analyser ses conséquences techniques d'une part, économiques d'autre part; et de savoir si, oui ou non, en même temps que les intérêts des médecins,il sert ceux des malades; autrement dit s'il favorise ou s'il s'oppose à la protection de la santé d'une population. Là est le problème. Nous ne pensons pas l'avoir résolu, mais éclairé certaines de ses données.

- Les niveaux des revenus

Si l'on veut comparer les revenus des médecins libéraux et non libéraux il faut faire appel à plusieurs sources en raison de l'imprécision des statistiques sur ce sujet.

Celles-ci révèlent cependant que les revenus des médecins varient dans des proportions étonnantes. Entre certains médecins salariés de médecine préventive et certains spécialistes renommés, il y a autant d'écart qu'entre l'ouvrier et le P.D.G. dont dépend son sort.

Avant de parler des moyennes, il faut faire une remarque bien connue des économistes et des statiticiens: il y a une différence fondamentale entre deux catégories de revenus: ceux qui sont déclarés par un tiers et font l'objet d'une connaissance fiscale précise; et les autres qui sont toujours notablement plus élevés que le revenu fiscal déclaré. Les revenus des médecins non libéraux font partie de la 1ère catégorie; ceux des médecins libéraux de la seconde, même si depuis les conventions, les renseignements de la Sécurité Sociale donnent des chiffres plus proches de leurs revenus réels, une partie de ceux-ci échappe toujours au contrôle. Il y a là un facteur non négligeable de l'attachement des médecins au paiement direct.

Une enquête de l'I.N.S.E.E, citée par J.BOISSONNAT dans "La politique des Revenus" (ed.Seuil 1966) donne les chiffres suivants pour les revenus moyens des ménages en 1962 : après déduction des impôts, le montant des ressources annuelles par ménage est estimé à Fr. 38.294 pour la catégorie des professions indépendantes; à Fr. 39.451 pour celle des cadres supérieurs; à Fr. 23.116 pour celle des cadres moyens; ces trois chiffres sont donnés ici car les médecins libéraux sont classés dans la 1ère catégorie; les médecins non libéraux à la fois dans la seconde et dans la troisième.

Mais J.BOISSONNAT fait remarquer que les revenus les plus élevés sont ceux des professions libérales et des industriels, noyés dans la catégorie des professions indépendantes qui comprend aussi les artisans et commerçants. Le revenu moyen des professions libérales

et des industriels est supérieur de 120 à 130 % au revenu moyen du groupe des professions indépendantes. D'après ces estimations le revenu des médecins libéraux, déductions faites des impôts, serait de 2 à 4 fois supérieur, en moyenne, à celui des médecins non libéraux.

L'expérience des remplacements, ainsi que d'autres sources font penser que les chiffres donnés ci-dessus sont au-dessous des revenus des médecins libéraux.

Une intéressante enquête de la Sécurité Sociale a été publiée par la revue "Tonus" (7, villa Nieuport, PARIS 13ème) datée du 29 janvier 1967. (Elle portait sur les revenus de plusieurs milliers de médecins libéraux, généralistes et spécialistes, de diverses régions). Elle ne relevait que les revenus remboursés par la Sécurité Sociale. Il manque donc les plus élevés d'entre eux, ceux des médecins non conventionnés, et une partie non déclarée, de ceux des médecins conventionnés. Cependant la moyenne annuelle d'honoraires était estimée entre 64.300 Fr. et 69.700 Fr.

Il est vrai que les médecins libéraux ont des frais importants: assurances diverses, retraite, frais professionnels, et parfois remboursements d'emprunts faits pour s'installer. Ces frais ne peuvent camoufler la réalité: les revenus réels des médecins libéraux, et leur train de vie le prouve, sont, de très loin supérieurs à ceux des médecins non libéraux.

- Catégories privilégiées et catégories exploitées

Beaucoup de médecins font remarquer que l'argent, dans notre société de consommation, n'est pas recherché seulement pour lui-même, mais parce qu'il permet d'acquérir entre autres, les signes extérieurs appelant une certaine considération qu'ils estiment mériter autant que d'autres professions aussi fortunées. C'est vrai.

Et, on les comprend lorsque, parlant du niveau de leurs revenus, ils disent : " Nous ne voulons pas, dans un système capitaliste, être les seuls pénalisés : c'est pourquoi nous nous opposons à une réforme de certaines structures en médecine ".Mais on peut faire deux remarques sur ce sujet :

1) - Les médecins libéraux ne doivent pas s'étonner alors d'être assimilés aux catégories privilégiées de la société qui sont accusées d'exploiter plus ou moins directement, les catégories défavorisées de salariés : en effet leurs revenus, le plus souvent, proviennent des cotisations des salariés à la Sécurité Sociale (les cotisations des employeurs étant, nous l'avons dit, en fait supportées par l'ensemble des consommateurs). La Sécurité Sociale opère une certaine redistribution des revenus qui passe par les mains des salariés mais n'y reste pas. Nous avons vu que les médecins ne sont pas les seuls à profiter de la manne: le monde pharmaceutique, les propriétaires de certaines cliniques ou dispensaires en perçoivent une bonne part.

2) - Il n'y a pas de raisons économiques dans un système capitaliste à diminuer les revenus des seuls médecins. Mais il peut y avoir, nous l'avons vu, des raisons techniques, c'est-à-dire concernant l'efficacité de la médecine à modifier leur mode de rémunération.

- Ou l'on retrouve l'ethique

Nous avons tenté une analyse du mode de rémunération des médecins libéraux sur un plan technique et sur un plan économique à la fois; nous l'avons donc fait quitter le plan sur lequel tentent de le situer certains défenseurs de la médecine libérale: le plan de l'éthique, de la morale.

Pourtant nous pouvons retrouver celui-ci avec une notion absente des textes syndicaux et probablement de l'univers mental, de la conscience, de beaucoup de médecins : celle de justice, d'équité.

Il est bien difficile d'apprécier les mérites et les droits des uns et des autres, de dire ce qui est dû à chacun des médecins, et telle n'est pas notre prétention. D'autant que les médecins baignent dans une société où la notion d'équité est souvent bafouée.

Mais, il faudrait se voiler la face pour ignorer et ne pas être surpris par certaines situations dysharmonieuses supportées très gaillardement par les représentants élus des médecins. Bien sûr, il faut que le temps de travail quotidien ou mensuel, que la durée des

études, que les responsabilités soient récompensées ... Quand même la profession médicale est probablement l'une des rares où sont tolérés d'aussi grands écarts de revenus parfois inversement proportionnels au temps de travail, à la formation universitaire, au service rendu : entre le chercheur ancien interne des hopitaux par exemple et l'ancien stagiaire des mêmes hopitaux ayant une situation vite florissante; entre le généraliste de campagne au travail harassant, et le spécialiste urbain qui ne reçoit que sur rendez-vous; entre le médecin à temps plein d'une équipe de réanimation qui sauve des vies et celui qui conseille les visiteurs médicaux d'un laboratoire pharmaceutique. Tous sont docteurs en médecine, mais les uns et les autres n'ont pas la même place dans les organismes représentants la profession, ni les mêmes forces, les mêmes moyens de pression. .

Mais peut-être est-il superflu de parler de justice lorsqu'on a de si grands principes traditionnels.

- Psychanalyse et rémunération

Il est un domaine où les modalités de rémunération peuvent avoir des incidences psychologiques importantes sur le traitement : c'est celui des psychothérapies : traitement des troubles psychiques par la parole du médecin, en général psychiatre, souvent psychanalyste, au cours d'entretiens pendant lesquels il écoute plus encore qu'il ne parle. Quelques réflexions de psychothérapeutes apportent ici un éclairage particulier sur le problème de la rémunération.

- L'importance sociale donnée à l'argent dans la civilisation de consommation des pays de l'Europe Occidentale, la valeur symbolique dont il est investi, peuvent s'inscrire en faveur du paiement direct et à l'acte, avec un prix de l'acte élevé selon certains; proportionnel aux revenus du malade,selon d'autres psychothérapeutes.

- Le paiement direct peut,dans certains cas, rendre plus supportable pour le malade les réactions agressives parfois exprimées

envers son psychothérapeute.

- Dans certaines cures de psychothérapie, médecin et malade s'entendent pour fixer un nombre régulier de séances par semaine ou par mois. Certaines séances sont pénibles et le malade peut ne pas avoir envie de venir. Même s'il ne vient pas à une séance prévue, il est convenu qu'il paie cette séance manquée. Le paiement à l'acte favorise ici la régularité du traitement.

- Le paiement à l'acte peut faire craindre au malade que son psychothérapeute, surtout si le carnet de rendez-vous de celui-ci n'est pas rempli, ne tende à prolonger indûment le traitement.

- Le prix des psychothérapies profondes en médecine libérale réserve ce genre de traitement à des malades privilégiés par la fortune.

- Il est particulièrement déplorable de constater que les indications n'en sont portées, pour des malades ayant les mêmes troubles, qu'à partir d'un certain niveau de revenus.

- Seules des psychothérapies faites en institution non libérale peuvent permettre l'accès de certains malades à ce genre de traitement. Il arrive que l'absence de participation financière du malade soit ressentie par le médecin et par le malade, comme une gène au traitement.

- Le point essentiel est probablement qu'on ne peut définir actuellement pour ce qui concerne les divers aspects de la rémunération, et à ne considérer que le seul plan de l'efficacité d'une psychothérapie, des conditions satisfaisantes à la fois dans tous les cas et pour tous les malades : la personnalité du malade et la personnalité du médecin, la place de l'un et de l'autre dans les catégories sociales (y compris dans les catégories de médecins) la conception qu'ils ont de la profession médicale, et la manière dont ils considèrent l'argent sont parmi les éléments qui entrent en jeu pour déterminer les conditions les plus favorables.

- La pratique de la majorité des médecins depuis presque 40 ans a consacré d'une certaine manière un type de rémunération

à la fois dans l'esprit des malades, et dans celui des médecins. Et on doit tenir compte de la possibilité de rationalisation des uns et des autres tendant à justifier,au nom de l'efficacité thérapeutique, des habitudes ancrées dans les moeurs : certains médecins peuvent être sincères losqu'ils disent que le paiement direct et à l'acte est préférable pour le traitement même des malades, alors que inconsciemment,ils justifient leur comportement habituel.

- Comment déterminer le niveau des revenus ?

Q'on l'appelle salaire ou honoraires, peu importe,ce qui est en jeu en définitive, ce n'est pas le type de rémunération, mais le niveau de cette rémunération; à la fois dans la hiérarchie des revenus d'un pays et dans le corps médical. Ce qui amène à parler de deux problèmes:

1) - celui de la place du médecin dans la société par rapport aux autres catégories sociales. et peut-être celui de la fonction du revenu: doit-il récompenser un travail actuel, ou passé (études); des responsabilités, une fonction sociale ? doit-il fournir des éléments de prestige, manifestés par un certain mode de vie ? Doit-il exercer un attrait pour les jeunes étudiants afin de les inciter à se diriger vers la médecine ? ou bien y a-t-il de meilleurs moyens de susciter des vocations à la profession médicale.?

2) - celui des critères en fonction desquels doivent varier les revenus des différents médecins: titres, c'est-à-dire niveau de formation ? horaires de travail ? ancienneté ? qualité et difficulté du service rendu ?

C O N C L U S I O N

Le problème de la rémunération des médecins est un problème complexe dont les divers éléments souvent confondus à dessein par certains médecins, doivent être analysés séparément.

1 - L'un des principes de la charte médicale, l'entente directe entre médecin et malade en matière d'honoraires n'est appliqué que par 11 % environ des médecins: ceux-ci sont, en moyenne, les médecins qui ont les profits les plus élevés, l'enrichissement le plus important

2 - L'autre principe, le paiement direct des honoraires par le malade au médecin n'est pas appliqué en médecine non libérale; il ne caractérise pas pour autant la médecine libérale puisque, dans certains cas, les médecins libéraux sont payés par un tiers payant.

3 - Si l'on cherche parmi ces éléments ce qui différencie médecine libérale et médecine non libérale:

Ce ne saurait être le mode de participation du malade dans le paiement des frais occasionnés par sa maladie.

Et l'on peut dire que le médecin exercant en médecine libérale est payé à l'acte et le plus souvent mais non constamment directement par le malade; alors que le médecin exercant en médecine non libérale est payé par un employeur et non par le malade, et, le plus souvent selon une rémunération forfaitaire.

4 - Parmi les éléments de la rémunération, le plus important pour ceux qui sont élus par les médecins, en majorité libéraux, pour défendre leurs intérêts, est le niveau global des revenus:

ce qui explique, d'une part, l'importance donnée à la fixation du prix, du tarif de chaque acte médical, d'autre part l'attachement à la rémunération à l'acte, qui, parfois au prix d'un surmenage, permet d'obtenir un revenu élevé.

Celui-ci situe, en France, les médecins libéraux parmi les catégories sociales aux revenus les plus élevés.

5 - Il faut souligner que, quelque soit leur mode de rémunération, en médecine libérale ou non libérale, beaucoup de médecins, qu'ils soient salariés, ou payés à l'acte, gardent assez de liberté véritable pour faire ce qu'ils estiment nécessaire (et faire celà seulement) pour que leurs malades soient le mieux soignés possible.

Pourtant, en se plaçant uniquement sur le plan de la technique, c'est-à-dire des procédés utilisés pour soigner les malades on constate chez une partie des médecins libéraux, certaines pratiques, certaines conditions de travail, qui s'opposent à la qualité, à l'efficacité de la médecine qu'ils exercent et que l'on peut considérer comme des conséquences du paiement à l'acte, soit directement liées à celui-ci, soit favorisées par lui.

Si l'on se place sur le plan économique, c'est-à-dire si l'on considère à la fois la part globale des revenus des médecins rémunérés à l'acte et surtout les parts respectives des différents actes dans ces revenus, ici encore, les conséquences du paiement à l'acte, favorisant certains de ceux-ci au détriment d'autres plus utiles, s'inscrivent pour sa suppression: car si les médecins y trouvent leur compte, on ne peut affirmer que la population, que les malades soient dans l'ensemble mieux protégés ou soignés pour autant.

Il serait possible, si le paiement à l'acte était supprimé d'envisager, dans certains cas précis, une diversité de modes de rémunération selon les particularités de certaines spécialités ou de certains actes.

VII - LA MEDECINE LIBERALE

" Pour un très grand nombre de gens,
aujourd'hui,
mythe ou bien signifie pensée confuse,
ou bien mensonge, ou bien erreur".

ETIEMBLE.

Après cette analyse, certes incomplète, des principes traditionnels qui furent déclarés le supporter, peut-on cerner plus aisément le concept de médecine libérale ? Peut-on le définir, c'est à dire en déterminer par une formule précise l'ensemble des caractères? Lorsqu'on se demande quelle est sa signification, on doit avant de répondre préciser pour qui. Son contenu est loin d'être univoque. Il n'est pas le même pour l'opinion publique non médicale, pour les médecins, pour les dirigeants des syndicats ou groupes de pression médicaux; ou bien pour un observateur qui essaie de définir lucidement la réalité à laquelle s'appliquent ces termes. Si l'on constate que ces contenus sont divergents, il faudra bien s'interroger sur les raisons de ces divergences.

- La représentation mentale collective de la médecine libérale.

Dans l'opinion publique non médicale, "pour un très grand nombre de gens", nous l'avons dit au début de cette thèse, le concept de médecine libérale est bien une pensée confuse. Interrogés, et sommés de préciser ce dont ils parlent, beaucoup, après avoir hésité broderaient sur les notions de liberté, de profession libérale. Certains, plus savants, parleraient du libre choix. Dans les milieux bien informés, comme on dit, la Charte Médicale serait évoquée et peut être alignés les principes. Pour la plupart, mis à part certains spécialistes, membres d'organismes sociaux ou politiques par exemple, qui savent de quoi il retourne, la notion de médecine libérale a des résonnances, une col.o-ration techniques et morales à la fois ; c'est l'organisation de la

médecine, ce sont les conditions d'exercice qui, en France, permettent aux médecins de bien faire leur métier, de bien soigner leurs malades, et pour lesquelles, de temps à autre, ils manifestent. Pour beaucoup, ce sont des principes et non des intérêts que ceux-ci défendent lorsqu'ils se mettent en grève, ce qui est exceptionnel, ou lorsqu'ils refusent de signer les conventions.

- Médecins et étudiants en médecine

Chez les médecins, et plus encore chez les étudiants en médecine, un sondage d'opinion questionnant sur la médecine libérale donnerait probablement des résultats inattendus : parfois, le concept se rattache à une philosophie de la vie. Et on peut avancer avec probablement peu de risques de se tromper que plus le médecin est jeune, surtout s'il est étudiant et plus il est éloigné de participation et de responsabilité syndicale, plus sa conception de la médecine libérale est imprécise, ou bien correspond à celle de l'opinion publique non médicale un peu informée. Certes, les médecins savent que les syndicats médicaux ont pour fonction de défendre des intérêts matériels, c'est à dire le prix de l'acte essentiellement; et ils peuvent faire la différence entre leurs conditions d'exercice et celles de leurs confrères de l'autre secteur, libéral ou non libéral. Pourtant, en face de "médecine libérale" il est probable que beaucoup mettraient les principes traditionnels, bien que pour les médecins exerçant, il n'y ait guère d'illusions sur ce qui est défendu, des principes ou des intérêts, par les syndicats.

Il n'en est pas de même chez les étudiants en médecine dont la naïveté et surtout le manque d'information sérieuse permettent à certains dirigeants de syndicats étudiants de faire croire à beaucoup que seule la médecine libérale est une médecine de qualité "humaine et sociale" à la fois, que seule, elle garantit l'indépendance professionnelle du médecin.

Le Président de l'A.N.E.M.F. (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France) écrit dans " l'Etudiant Médecin" de Mars 1966 ; "Tout ceci dans l'optique libérale qui est la nôtre. Car si nous sommes conscients de la nécessité qu'a la médecine de s'adapter

au contexte socio-économique, nous sommes aussi conscients que le malade restera éternellement le même devant la souffrance et la maladie, qu'il aura toujours besoin d'un conseiller, d'un homme de confiance, de quelqu'un qui l'écoute, et à l'heure où la médecine psycho-somatique prend de plus en plus d'importance, cette médecine personnelle s'impose de manière criante. Nous sommes fondamentalement attachés à la médecine à l'acte sous forme individuelle et libre. C'est ce qui fait encore la noblesse de la médecine et garantit sa qualité. Voilà vers quoi s'orientent notre action et notre réflexion ..... Pour qu'au terme de vos études vous puissiez encore vous installer sous forme libérale pour une médecine de qualité".

L'information des étudiants se réduit pour beaucoup à des slogans dont les principaux sont :"pour la défense de la médecine libérale","contre la fonctionnarisation, l'étatisation, la collectivisation".

Les étudiants, qui n'ont pas encore été confrontés aux problèmes d'installation et d'exercice, sont souvent assez généreux, et pour beaucoup, il est indispensable, afin de les amener à défendre la médecine libérale, de présenter cette défense sur le plan de l'éthique; de camoufler qu'il s'agit d'un problème d'intérêt pécuniare, de "gros sous", derrière les principes traditionnels qui ont fait leur preuve et derrière la qualité de la médecine.

Il est amusant et étonnant à la fois de constater que quelques uns parmi les dirigeants du syndicalisme étudiant, formés par la parole et les écrits de leurs aînés du syndicalisme médical, entrent tout à fait dans la mystification:ce qui a au moins un avantage: persuadés d'avoir la morale et le droit avec eux, ils gardent bonne conscience pendant longtemps.

- Représentants élus des médecins.

Ecoutons parler de la médecine libérale les dirigeants du Corps Médical qui en sont les défenseurs.

Proche de la conception du Professeur PORTES que nous avons rappelée dans l'Introduction de cette thèse, voici celle de l'UMEL

(Union pour une Médecine Européenne Libérale) qui réunit les médecins les plus attachés à la médecine libérale des pays du Marché Commun; en France, on peut estimer que cette tendance est représentée par L'U.S.M.F. (Union Syndicale des Médecins Français) et l'U.N.A.M. et groupe environ I5 à 20% des médecins libéraux, chiffre proche de celui des non-conventionnés, sans que l'on puisse superposer exactement ces derniers avec la tendance U.M.E.L.

Dans une motion générale votée à l'unanimité, au cours de son Congrès de 1965, l'"U.M.E.L. rappelle les impératifs médicaux parfaitement conciliables avec les nécessités sociales :

1° - respect du secret professionnel,

2° - libre choix du médecin par le malade,

3° - liberté de prescription,

4° - intangibilité du principe selon lequel le médecin doit être honoré à l'acte, directement et intégralement, c'est-à-dire opposition à tout système de tiers payant.

Le respect de tous ces principes préserve l'indépendance des médecins qui n'est pas un privilège médical mais un droit pour les malades".

Voici quelques textes du Docteur MONIER, Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français. Dans un communiqué du IO Mai I965, il dit sans ambiguité l'importance attachée par la Confédération à la défense de la médecine libérale :

" Depuis 4 ans la Confédération concentre la plus grande partie de ses efforts pour obtenir et instaurer un régime conventionnel collectif valable.

Telle est notre option fondamentale pour pérenniser la médecine libérale en France."

En parlant entre soi, entre médecins, comme dans cet article intitulé "l'adversaire" qu'il écrit dans le"Médecin de France" d'Avril I965, on avouera que le syndicalisme défend à la fois "les valeurs spirituelles" de la médecine (secret professionnel, libre choix, liberté de prescription, indépendance professionnelle) et les intérêts des médecins (paiement à l'acte et prix de l'acte), affirmant que l'on est capable de sacrifier les intérêts aux valeurs.

Dans un article intitulé "Cap sur 1971", l'opposition entre médecins libéraux et médecins salariés dans une courte formule permet de voir quel est le point essentiel qui caractérise la médecine libérale : le mode de paiement non salarié, c'est-à-dire à l'acte.

"Nous avons donc logiquement 4 ans devant nous pour tout à la fois gagner le pari de la médecine libérale et assurer un statut d'indépendance aux médecins hospitaliers, publics ou privés et salariés : l'exercice libéral des uns est garant de l'indépendance des autres".(Médecin de France,Janvier 1967)

Pourtant, à l'extérieur, devant l'opinion publique qu'il est indispensable d'avoir avec soi, on ne parle pas trop de questions d'argent. Par exemple, dans une longue et belle communication sur la "Médecine dans la civilisation moderne", présentée le 10 Fév.1965 au Cédias-Musée Social, le Docteur Monier parlera de la qualité de l'acte médical mais non du paiement à l'acte; et dira "la profession doit rester libérale,c'est à dire libre de toute contrainte qui porterait atteint à l'indépendance de son jugement et de ses décisions professionnelles", texte qu'il est intéressant de comparer avec le précédent.

Le Professeur de VERNEJOUL est l'actuel Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Il écrit dans "Saint-Luc" revue du Centre Catholique des Médecins Français N° 9, Nov. 1965 :

" Les principes traditionnels de la médecine doivent être séparés en deux groupes : les uns sont immuables, intangibles :

Ce sont ceux qui s'adressent à la dignité des personnes aux droits des malades, aux devoirs des médecins de respecter cette dignité, les droits et les intérêts des malades.

Ils constituent les élèments essentiels de toute Charte médicale. Ce sont :

- l'indépendance du médecin fondée sur sa responsabilité personnelle dans chacun de ses actes;
- la liberté du malade dans le choix de son médecin; son droit à l'intimité;
- la liberté de prescrire,
- le secret professionnel.

Tels sont les élèments que je proposais volontiers pour

établir une "charte européenne".

Les autres s'adressent aux intérêts de la profession et des médecins, ils subissent l'influence des époques, des évolutions sociales, des techniques scientifiques". Analyse à laquelle nous souscrivons bien volontiers. Malheureusement, quelques lignes plus loin, dans le même article, les cartes sont brouillées : "Nous avons tous un patrimoine moral à garder. Que sont en effet nos devoirs ? Ils sont les droits de nos malade.

Tout malade a droit aux grands principes de notre morale médicale. Telle est la raison principale pour laquelle notre profession doit rester une profession libérale (cette conception n'est pas périmée) mais elle doit devenir une profession libérale intégrée dans les stuctures de la société moderne..." Il y a là une ambiguité : joue-t-on sur les mots ? ou bien ce texte témoigne-t-il d'une évolution qui n'oserait pas se manifester clairement ? Une telle évolution ne serait qu'un signe de plus (depuis les déclarations successives du Président du Conseil de L'Ordre sur la régulation des naissances) de ce que certains, parmi les syndicalistes médicaux, appelleraient une démission, de ce que d'autres considèreraient comme une heureuse faculté d'adaptation à des circonstances mouvantes

- Indépendance professionnelle

Le concept de médecine libérale ne se laisse pas aisément définir : l'observateur a un peu l'impression que l'on joue sur les mots . La médecine libérale, médecine payée à l'acte, garantirait la liberté. Les médecins non libéraux, salariés, pourraient pourtant bénéficier de l'indépendance. Mais, dans un dictionnaire, liberté et indépendance sont presque synonymes. D'ailleurs on affirmera que la médecine libérale permet de préserver non seulement l'indépendance du médecin libéral, mais aussi celle du médecin salarié ! une raison de plus pour la défendre. Indépendance du jugement et des décisions professionnels ; comme le dit excellemment le Docteur Monier, cette indépendance permet au médecin de pratiquer une médecine inspirée uniquement par les intérêts du malade. L'indépendance n'est pas un privilège du

mais un droit pour les malades comme le dit excellemment le Professeur de VERNEJOUL;et le répètent ensuite l'U.M.E.L. et les syndicalistes étudiants

Essayons de préciser ce qu'on peut entendre par indépendance professionnelle du médecin.

Celle-ci a deux aspects : un aspect négatif pourrait-on dire; c'est l'absence de contraintes exercées sur le médecin (par un individu, un organisme, un employeur,une administration, ou bien une institution, voire.... un principe). Et susceptible soit de le priver des moyens qu'il juge les meilleurs pour prévenir ou soigner, soit de l'inciter à faire autre chose que ce qui est nécessaire pour cela.

Et un aspect positif : c'est la mise à la disposition du médecin de ces moyens et la possibilité pour lui de choisir ceux qui sont les meilleurs pour prévenir la maladie, pour soigner les malades.

Cette définition de l'indépendance professionnelle, très proche de celle de la liberté de prescription et d'investigation, amène à penser qu'elle n'est pas moins bien assurée, dans le secteur non libéral que dans le secteur libéral. Paradoxalement au contraire, elle est souvent plus grande dans lº secteur non libéral même si le nombre des médicaments mis à la disposition des médecins y est inférieur : ce qui compte ici, ce n'est pas le nombre, mais la qualité.

- <u>Parallèle entre deux médecines</u>

La représentation mentale collective du concept de médecine libérale est trop variée et trop imprécise à la fois pour servir à le définir. Aussi, pour un observateur qui s'interroge sur la signification réelle de ce concept et cherche à connaître les réalités qu'elle recouvre il n'est qu'une voie d'approche : c'est de comparer, hic et nunc, en France en I967, les situations, les conditions d'exercice des médecins du secteur dit libéral et du secteur dit non libéral.

Et d'abord pour ce qui concerne les principes, traditionnels supports du concept.

Trois d'entre eux : le secret professionnel, le libre choix, la liberté de prescription ne peuvent servir à différencier les

deux secteurs; tous les médecins ou presque s'en déclarent partisans, chacun d'eux peut être, en théorie, respecté dans l'un et l'autre secteur. On peut dire à leur propos que actuellement :

- Le secret professionnel est probablement mieux respecté en médecine libérale, non pour des raisons de statut, mais parceque les personnes qui ont à s'occuper d'un malade sont moins nombreuses.

- Le libre choix estlui aussi dans l'ensemble mieux respecté en médecine libérale. Mais ses conditions, ses motivations, font s'interroger sur ce qu'il signifie actuellement.

- La liberté de prescription est mieux assurée dans le secteur non libéral, notamment hospitalier. Parmi les divers élèments de la rémunération,

- l'entente directe ne caractérise plus qu'une minorité libérale.

- le paiement direct est supprimé dans le secteur non libéral; il existe, le plus souvent, sans être constant dans le secteur libéral

- le paiement à l'acte est constant en médecine libérale; il est le plus souvent mais non constamment supprimé dans le secteur non libéral.

- le niveau des revenus est beaucoup plus élevé, en moyenne, chez les médecins libéraux.

D'autres facteurs, qui ne sont pas compris dans les principes peuvent être considérés :

- les conditions de travail: s'il y a peu de différence pour ce qui concerne les rythmes de travail entre les spécialistes libéraux et les médecins non libéraux, il en existe de notables entre ceux-ci et la plupart des généralistes libéraux qui, en majorité isolés,sont très souvent surmenés, travaillant parfois pe ndant un nombre d'heures presque double; ce qui leur laisse peu de possibilités de garder du temps libre pour un enseignement post-universitaire : il y a certainement là un obstacle majeur à l'institution d'un enseignement post-universitaire obligatoire.

- contrairement aux médecins non libéraux, leurs confrères libéraux, au sortir des études, peuvent s'installer où ils le désirent.

Autre caractéristique: ceux-ci sont le plus souvent propriétaires de leurs locaux et matériels professionnels. Les lourds emprunts que beaucoup ont faits pour s'installer sont vite remboursés.

Parfois, les locaux et matériel appartiennent à des groupes, des sociétés privées, comprenant ou non des médecins et les fruits de l'exploitation de ces locaux et matériels, qui s'amortissent ici encore assez vite et sont très rentables, sont partagés entre les médecins libéraux y exerçant et les propriétaires.

- Les caractéristiques de la médecine libérale.

En résumé, on peut dire que la médecine libérale est un mode d'exercice que la majorité des médecins français pratiquent et,en général, souhaitent conserver pour eux, mais aussi imposer aux étudiants qui,les études terminées désirent commencer à exercer. Ceci par crainte de voir le secteur non libéral s'étendre et peut-être remettre en cause leur propre mode d'exercice. Celui-ci a certaines caractéristiques non constantes mais habituelles :

La propriété privée des locaux et matériel nécessaires à l'exercice, le paiement direct des honoraires du médecin par le malade, et surtout, la liberté d'installation et une rémunération proportionnelle au nombre d'actes pratiqués; avec sa conséquence:des revenus en moyenne beaucoup plus élevés pour les médecins libéraux que pour les médecins non libéraux.

- Le mythe et son rôle.

Ouvrons encore une fois le petit Robert: il nous apprend qu'un mythe est "une image simplifiée,souvent illusoire, que des groupes humains élaborent ou acceptent au sujet d'un individu, ou d'un fait et qui joue un rôle déterminant dans leur comportement ou leur appréciation" La médecine libérale est bien un mythe. En effet, sous ce concept,la représentation mentale collective réunit autre chose que ce qu'elle est en réalité; en l'occurence, des principes qu'il faut dissocier:

- d'une part les trois principes du secret professionnel,

du libre choix du médecin et de la liberté de prescription, qui sont respectés dans l'un et l'autre secteur, et qui pourtant ne sont absolus ni en médecine libérale, ni en médecine non libérale. Il semble même que la liberté de prescription, en raison des modes d'information et d'enseignement des médecins, soit mieux respectée dans le secteur non libéral que dans le secteur libéral.Il reste des efforts importants à faire pour qu'existent les conditions de leur application réelle dans l'un et l'autre secteur.

- d'autre part, les modalités de la rémunération des médecins: paiement direct et surtout paiement à l'acte.

Contrairement aux précédents principes, ceux-ci peuvent être considérés comme des caractéristiques de la médecine libérale. Contrairement aux affirmations des médecins qui les défendent, ils ne sauraient être considérés comme des conditions nécessaires à l'exercice d'une médecine de bonne qualité. Bien souvent au contraire, ils constituent surtout le paiement à l'acte, des obstacles à cette qualité de la médecine.

Les enseignements de l'histoire, comme l'analyse des positions actuelles des syndicats ou groupes de pression médicaux ne laissent pas place au doute. Le principe du paiement à l'acte est défendu parce qu'il donne au médecin un moyen de contrôler lui-même le niveau de ses revenus, en faisant varier le nombre d'actes effectués par unité de temps. Le libéralisme économique est une doctrine selon laquelle la liberté économique, le libre jeu de l'entreprise ne doivent pas être entravés. Au fond, la médecine libérale, c'est le libéralisme économique appliqué à la médecine.

- Morale et argent.

Cette défense du niveau des revenus s'est révélée très efficace car habilement camouflée aux yeux d'une opinion publique d'autant plus facilement mystifiée que son information dépend en grande partie des médecins et de ceux qui les représentent. Le procédé utilisé a fait ses preuves, en France, depuis bientôt 40 ans: en associant, sous le concept de médecine libérale, d'une part des principes conditionnant

en partie la qualité de la médecine et suscitant de ce fait la confiance du malade en son médecin et d'autre part, des principes permettant au médecin de contrôler le niveau de ses revenus, les médecins pouvaient faire croire que les intérêts des malades et ceux des médecins étaient confondus. Se faisant, comme les propriétaires dont parle Emmanuel MOUNIER, "professeurs de vertu pour défendre leurs intérêts", ils gagnaient sur deux tableaux:celui de leur niveau de vie, et celui de l'estime dans laquelle ils étaient tenus.

Si l'imposture est "une tromperie de celui qui se fait passer pour ce qu'il n'est pas", nous sommes peut-être ici en présence d'une imposture de certains médecins.

Oh certes, les médecins ont des excuses : beaucoup sont sincères et croient défendre plus la qualité de la médecine que leurs intérêts, peut-être parce qu'il y aurait là une position trop inconfortable et impossible à tenir pour eux. D'autres ont assez de cynisme pour avouer qu'ils utilisent là une excellente tactique dans la lutte entre catégories sociales pour se partager un revenu dont la répartition ne tient pas forcément compte des besoins de chacune d'entre elles, ni du travail ou des services qu'elle fournit.

Une autre imposture assez fréquemment utilisée est de faire croire que seule la médecine libérale peut être de bonne qualité: il existe suffisamment dans le secteur non libéral, d'institutions et d'expériences, d'unités de soins et de services, où la qualité des soins donnés, tant sur le plan technique que sur le plan psychologique, peut difficilement être égalée, pour prouver qu'il s'agit là encore d'une tromperie.

- Rapport de force et marge de manoeuvre

Le recrutement des étudiants en médecine(analysé par V.KARADY dans "Option Santé" d'octobre 1966),originaires en majorité de catégories sociales privilégiées, ainsi que la composition du corps médical où le courant défavorable à la médecine libérale (notamment les médecins de Centre de Santé, Le Centre National des Jeunes Médecins, une partie des médecins hospitaliers, des médecins ruraux et des omnipraticiens) est minoritaire, expliquent la position des représentants

élus des médecins, même si ceux-ci sont conscients des véritables problèmes posés par l'organisation de la médecine et soucieux de faire évoluer celle-ci. Ils sont prisonniers des rapports de force existant dans le corps médical, en majorité conservateur, et leur marge de manoeuvre est étroite:

- ou bien négociant habilement avec les pouvoirs publics, en s'appuyant sur les organismes de sécurité sociale, et au prix de quelques petites réformes, ils défendent bien la médecine libérale, et ils sont confirmés dans leurs fonctions;

- ou bien ils préconisent les changements plus importants qui sont souhaitables et ils sont soumis à deux menaces : celle d'être renversés et remplacés par une équipe plus conservatrice; celle d'un élargissement de la scission survenue en 1960 dans le syndicalisme médical et renforçant l'extrêmisme de la médecine libérale.

- Le lieu de la lutte syndicale.

Pourtant, ce n'est pas seulement par souci de lucidité qu'il faut dénoncer la confusion entretenue entre la défense du niveau des revenus des médecins et celle de la qualité de la médecine; c'est aussi parce que cette confusion constitue un frein puissant à l'évolution nécessaire des structures d'exercice de la profession.

Que faire quand on est syndicaliste ? Où est la solution lorsqu'on est chargé de défendre les intérêts des médecins ? Beaucoup connaissent la réponse ; tel le docteur BOUTRON un syndicaliste médical qui écrit:

" Nous avons annoncé que nous nous battions pour des principes. Or, les principes de l'exercice médical, les intérêts moraux de la profession ne sont compris de personne. C'est à nous, et à nous seuls, qu'il appartient de les sauvegarder, quel que soit notre mode d'exercice.

Pourquoi n'avoir pas dit et ne pas dire plus nettement que nous nous battons pour sauvegarder les intérêts matériels parfaitement légitimes d'une profession qui comporte des charges et une responsabilité exceptionnelle ? "

(Concours Médical 17 septembre 1960 cité par H.HATZFELD.)

Les dirigeants des syndicats de médecins, comme tous les syndicalistes, ont à défendre les intérêts de ceux qui les ont élus à cette fin. Qu'ils aient cherché les arguments qui leur paraissaient les plus aptes à défendre ces intérêts, celà se comprend. Mais il appartient à leurs partenaires, représentants des pouvoirs publics, des organismes sociaux, et à l'opinion publique de ne pas se laisser berner et de ramener le débat sur le terrain où il se situe réellement.

VIII - LES INSTITUTIONS

ENTRE LES PRINCIPES ET LA PRATIQUE

Soyez de ceux qui
pratiquent la Parole
1er Epitre de Saint-Jacques

La vérité, c'est la pratique
Mao-Tsé-Toung

" Je dis seulement qu'il y a sur cette terre des fléaux et des victimes et qu'il faut autant qu'il est possible refuser d'être avec le fléau... Il faudrait, bien sûr, qu'il y eut une troisième catégorie, celle des vrais médecins, mais c'est un fait qu'on n'en rencontre pas beaucoup et que ce doit être difficile. C'est pourquoi j'ai décidé de me mettre du côté des victimes, en toute occasion, pour limiter les dégâts. Au milieu d'elles, je peux du moins chercher comment on arrive à la troisième catégorie, c'est-à-dire à la paix.

CAMUS

Nous ne voulons pas terminer ce travail sans rassembler quelques propositions constructives, modeste contribution à l'effort de ceux qui cherchent à améliorer l'exercice de la médecine. Certaines ont déjà été formulées dans l'un ou l'autre chapitre.

- La déontologie, pourquoi faire ?

Nous pensons que la déontologie n'est pas inutile : même si elle ne fait évoluer qu'un faible nombre de médecins, entre ceux qui sont convaincus d'avance et ceux qui se moquent des principes, le résultat n'est pas négligeable.

Mais la question doit être posée de son rôle et de sa place dans la médecine: actuellement, si on confronte les principes proclamés et la pratique exercée, on peut se demander si le rôle de la déontologie n'est pas d'abord de donner bonne conscience à ceux qui la produisent, et accessoirement de faire évoluer ceux à qui elle est destinée.

Nous ne devons pas nous faire d'illusion sur les conseils moralisateurs: leur point d'impact, leurs effets, en font souvent des voeux pieux. D'autant plus que parfois il existe des contradictions entre des articles du code déontologique par exemple et des institutions, ou même entre deux articles du code.

Alors que faire ? C'est simple mais difficile. C'est simple car il suffit de tirer avec sincérité des conséquences pratiques, de demander les mesures concrètes d'application des principes vertueux, des idées abstraites émises par les représentants des médecins.

C'est difficile parce que des intérêts puissants sont menacés, et les moralisateurs ne peuvent ou ne veulent pas y toucher.

Il manque, pour que les principes s'incarnent dans les faits, des courroies de transmission que constituent les institutions, les structures, destinées à mettre en application les principes.

- Le souhaitable et le possible.

Les principes de la Charte, comme les concepts d'indépendance professionnelle, de responsabilité, de liberté ne représentent pas des valeurs absolues : secondaires, elles sont subordonnées à la finalité de la médecine qui en indique le sens; ainsi détermine-t-on le souhaitable.

La médecine est exercée par des médecins dans un contexte économique et politique qui contribue à en indiquer les limites; ainsi reconnait-on le possible. Il dépend d'un effort permanent des médecins mais aussi des autres citoyens pour tenter de reculer ces limites.

- Finalité de la médecine

Le médecin exerce tout à la fois un art, une science, une technique caractérisés par un savoir mis au service d'une fin. Cette fin est la suivante : protéger ou guérir, ou soulager l'homme des maladies; tout l'homme et tous les hommes; les aider à conserver ou à retrouver la santé, " état de complet bien-être physique, mental et social " selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Le médecin doit être un homme d'action. Ce sont des résultats qui permettent d'apprécier celle-ci. Résultats obtenus grâce à certains moyens, certaines conditions d'exercice.

- Tout l'Homme et tous les Hommes

Tout l'homme, celà signifie qu'il n'y a pas que tel organe malade à remettre en bon état, mais un homme avec toute sa personnalité, immergé dans un contexte familial,socio-culturel.

Tous les hommes : celà signifie que chaque médecin est responsable personnellement de tel malade qu'il soigne; des malades qui sont dans la salle d'hopital, où le secteur géographique dont il a la charge. Certes; mais ce médecin fait partie d'un ensemble et la totalité des médecins, du personnel sanitaire de tel pays est responsable de la santé de toute la population de ce pays. Chacun participe de cette responsabilité collective particulière: l'organisation de la médecine dans ce pays. Celle-ci consiste à assurer la meilleur répartition possible en qualité et en quantité des hommes et moyens disponibles, face aux besoins de toute la population et non d'abord de telle région, ni de tel groupe social privilégié.

Ces problèmes débordent largement la médecine française et européenne: tous les médecins de la planète sont-ils responsables de la santé de la population mondiale ? Cette responsabilité est bien mal partagée actuellement. Pourtant la question doit être posée:

dans quelle mesure les médecins des pays industrialisés peuvent-ils être solidaires et responsables de la moitié sud, sous médicalisée, de la planète.

Le devoir de chaque médecin, sa responsabilité ainsi que celle des organisations de médecins, est d'agir pour que soient établies les conditions qui favorisent au mieux la réalisation de cette finalité et supprimés ou réduits les obstacles qui s'y opposent; en ce qui concerne aussi bien le nombre, la formation, la répartition des personnes chargées de la protection de la santé; que les équipements mis à leur disposition; ou les institutions, les structures de leur exercice.

Dans cette finalité, il est évident, pour des raisons aussi bien affectives, qu'économiques ou techniques, que la prévention doit avoir la priorité.

- Des mesures concrètes

Les conditions techniques et scientifiques, psychologiques économiques et sociales, dans lesquelles vivent les médecins, évoluent en permanence. Aussi doivent-ils exercer une recherche dans une double direction que l'on pourrait dire, positive et négative.

1) - analyser ce qui, dans leur personnalité : (l'appat du gain, l'appétit de puissance, le goût des honneurs, par exemple,) et dans les structures professionnelles, administratives, et aussi sociales économiques et politiques, s'oppose à la réalisation de la finalité de la médecine.

Puis essayer de trouver les mesures concrètes, éducatives, institutionnelles, qui permettraient de réduire ces oppositions.

2) - rechercher les mesures concrètes permettant de former, voire de recruter les futurs médecins les plus aptes, et quelles sont les structures professionnelles, mais aussi quel type de civilisation, de rapports sociaux favorisent au mieux la réalisation de la finalité de la médecine. Si les médecins ne la font pas seuls, ils doivent participer à cette réflexion.

- Responsabilité économique et sociale.

Les médecins doivent participer à l'action pour que soit consacrée la part du revenu national nécessaire aux dépenses de santé. Ils doivent faire prendre conscience à l'opinion publique de sa responsabilité dans ce domaine. Ils doivent utiliser ce revenu avec la meilleure efficacité économique pour qu'il soit équitablement réparti dans la protection de la santé de tous les français, et non au profit de minorités privilégiées: d'où la nécessité d'une certaine formation et d'une information économique des médecins.

La responsabilité sociale se manifeste dans plusieurs domaines: avant tout développer la prévention et l'éducation sanitaire. Les médecins doivent être préparés par leurs études à se préoccuper activement de problèmes tels que : la réinsertion sociale et professionnelle des malades et des handicapés, la régulation des naissances, la prévention des maladies mentales et de l'alcoolisme. Ils doivent analyser, faire connaître à l'opinion publique et participer activement à la lutte contre les causes sociales de certains fléaux, de certaines maladies.

Une responsabilité collective importante mal assumée par les organismes syndicaux et ordinaux est celle de susciter les réformes de structures qu'impose l'évolution du contexte socio-économique et surtout technique et scientifique dans lequel est exercée la médecine.

- Participation à la gestion

Quelle que soit la dimension de l'institution dans laquelle ils exercent, il est très important que les médecins participent, à côté des administrateurs, à sa gestion. Les expériences hospitalières, en particulier celles de l'Institut Gustave Roussy, comme les expériences de polyclinique telle que La Feuilleraie à Marseille prouvent l'intérêt de cette co-gestion à la fois pour les soins aux malades et sur le plan économique.

- Investissement intellectuel

Si la formation des médecins est un lourd investissement de la collectivité, celle-ci, en retour, n'a-t-elle pas le droit de réclamer de ceux à qui elle a donné une qualification très spécialisée qu'ils la fassent servir, produire au mieux des intérêts de cette collectivité.

- Aptitudes et formation à la relation thérapeutique

Les éléments psychologiques auxquels sont sensibles les malades sont multiples et tiennent aux personnes et aux institutions.

La personnalité des médecins est d'abord en cause; mais aussi, à des degrés divers, celle des autres membres du personnel soignant, à tous les niveaux c'est-à-dire infirmier, administratif, personnel dit des services, ce qui pose, pour eux, le problème d'un minimum de formation psychologique.

Pour n'envisager que la personnalité des médecins, on peut se demander si des épreuves de sélection ne devraient pas être instituées avant l'exercice de certaines activités médicales dans lesquelles l'aspect relationnel des rapports médecin malade est très important : par exemple la médecine générale, la psychiatrie, certaines spécialités, Ces épreuves pourraient amener certains postulants soit à changer d'orientation, soit à entreprendre un traitement. Deux exemples montreront que cette proposition n'est pas du domaine de l'utopie irréalisable. Aux Etats Unis d'Amérique, dans beaucoup d'universités de telles épreuves existent pour les futurs médecins. En France, un arrêté publié au J.O du 30 mars 1967, impose des épreuves de sélection pour lesccandidats à la fonction d'éducateur spécialisé pour l'enseignement des enfants inadaptés, en vue d'éliminer ceux dont la personnalité ne donnerait pas des garanties suffisantes d'équilibre.

Les épreuves de personnalité entre autres sont appréciées par une Commission comprenant un professeur, un psychiatre, un psychologue et un éducateur spécialisé.

L'enseignement et la formation psychologiques sont nécessaires. La qualité de la relation médecin malade est très souvent considérée soit comme la conséquence d'une longue expérience, soit,qui pis est, comme une donnée immuable acquise aux uns d'emblée, et que les autres n'acquiérront jamais, alibi qui les autorise à ne faire aucun effort dans ce sens. Les psychanalystes qu'on ne saurait soupçonner d'être trop moralisateurs, insistent sur l'importance, dans la relation thérapeutique, de la"bienveillance", associée à la neutralité. Ces notions doivent faire l'objet d'un enseignement théorique et pratique pour une partie des futurs médecins.

- Propositions sur la rémunération

Les propositions les plus constructives pour ce qui concerne le difficile problème de la rémunération nous paraissent, à ce jour, être celles de Monsieur F.MONTES,Membre de la Commission d'Equipement Sanitaire et Social du Plan, et Administrateur des Caisses de Sécurité Sociale de Paris. Elles ont été publiées d'abord dans " Vers la Vie " organe de la Fédération Nationale des Malades Infirmes et Paralysés, et reprise dans " Présences " (1966 - n° 96)

Il faut un certain courage, une certaine liberté pour les avancer: souvent en effet, les propositions risquent d'être dépendantes d'un groupe de pression auxquels elles veulent plaire. Pour suivre la voie étroite dirigée vers le bien commun, il faut à la fois éviter la démagogie qui promet ce qu'elle ne peut tenir et refuser d'être complice d'une part, de ceux qui, par intérêt, dans le corps médical ou le monde pharmaceutique poussent à une distorsion ou un excès de consommation parfois dangereux; d'autre part, de ceux qui, dans les pouvoirs publics sont soucieux seulement de limiter les dépenses sanitaires et sociales au détriment d'une partie de la population qui souffre d'une sous-consommation à la fois qualitative et quantitative dans ce domaine.

Il faut lire l'ensemble de ces propositions pour en percevoir tout l'intérêt. Nous les résumerons ici : suppression du

paiement à l'acte, qui pourrait être remplacé par une rémunération comprenant deux parties : une partie fixe et une partie d'importance nettement moindre variant en fonction de certains critères, notamment conditions d'exercice, importance des études post-universitaires, et pourquoi pas, nombre d'actes avec un plafond et un plancher selon les modes d'exercice.

Gratuité totale moins fréquente (sauf pour la médecine préventive) à la condition que les revenus minima des travailleurs ainsi que les revenus de remplacement pour ceux qui ne peuvent travailler, soient augmentés et permettent une participation personnelle de chacun aux frais de traitement, signe de sa responsabilité propre dans ce traitement.

Tiers payant généralisé.

Ces conditions sont parfaitement compatibles avec le libre choix, la liberté de prescription, et le respect du secret professionnel.

- <u>Quelques propositions parmi les moins indiscutables.</u>

Rappelons ici un passage des travaux du Groupe 1985 pour le Plan : " Cette mobilité (définie comme aptitude au changement) devra tout aussi bien qu'aux hommes, s'appliquer aux techniques, aux structures, voire aux idées, et les moyens devront être trouvés de faire disparaitre celles dont la désuétude fait entrave au progrès "

Reflexions pour 1985 " 1 volume la Documentation Française" 1964

L'organisation de la protection de la santé remplit mal son rôle en France. Des institutions, des structures nouvelles semblent à notre avis indispensables.

1 - la préparation des futurs médecins doit être mieux adaptée aux taches qui les attendent :

elle doit être plus diversifiée et plus orientée vers la pratique réelle

elle doit assurer à tous les futurs praticiens l'exercice d'une fonction hospitalière effective et pour une partie d'entre eux des stages extra-hospitaliers auprès de médecins praticiens

elle doit comporter une formation psychologique, à la fois théorique et pratique qui prépare réellement au maniement de la relation médecin malade.

une formation économique semble très souhaitable

2) - L'évolution rapide de la médecine ne doit pas laisser des praticiens à l'écart d'une formation permanente: l'E.P.U. doit être généralisé, obligatoire, avec des programmes élaborés en partie par ceux à qui il est destiné. C'est dans le cadre de cet E.P.U., organisé par la profession médicale, que doit se situer une information périodique sur les médicaments, parvenant à tous les médecins sous forme de documents simples et facilement opératoires, élaborés par un organisme public d'information, composé de médecins et pharmaciens indépendants des entreprises de fabrication de médicaments.

3) - La production des médicaments doit, soit en totalité, soit pour une partie importante, être le fait d'entreprises publiques; où la recherche appliquée doit être dotée de moyens importants.

4) - Des raisons médicales financées par descapitaux publics ou privés à but non lucratif doivent être créees notamment dans les nombreux secteurs - grands ensembles urbains, régions rurales où le nombre des médecins est insuffisant. Dans ces maisons médicales, des jeunes médecins doivent exercer en équipes de généralistes et spécialistes avec une rémunération forfaitaire. Ils doivent avoir un statut leur assurant des garanties d'indépendance professionnelle et ils doivent participer à la gestion.

Une prise en charge d'une circonscription géographique et démographique par une équipe médico-sociale doit êtr recherchée

elle doit être plus diversifiée et plus orientée vers la pratique réelle

elle doit assurer à tous les futurs praticiens l'exercice d'une fonction hospitalière effective et pour une partie d'entre eux des stages extra-hospitaliers auprès de médecins praticiens

elle doit comporter une formation psychologique, à la fois théorique et pratique qui prépare réellement au maniement de la relation médecin malade.

une formation économique semble très souhaitable

2) - L'évolution rapide de la médecine ne doit pas laisser des praticiens à l'écart d'une formation permanente: l'E.P.U. doit être généralisé, obligatoire, avec des programmes élaborés en partie par ceux à qui il est destiné. C'est dans le cadre de cet E.P.U., organisé par la profession médicale, que doit se situer une information périodique sur les médicaments, parvenant à tous les médecins sous forme de documents simples et facilement opératoires, élaborés par un organisme public d'information, composé de médecins et pharmaciens indépendants des entreprises de fabrication de médicaments.

3) - La production des médicaments doit, soit en totalité, soit pour une partie importante, être le fait d'entreprises publiques; où la recherche appliquée doit être dotée de moyens importants.

4) - Des raisons médicales financées par descapitaux publics ou privés à but non lucratif doivent être créees notamment dans les nombreux secteurs - grands ensembles urbains, régions rurales où le nombre des médecins est insuffisant. Dans ces maisons médicales, des jeunes médecins doivent exercer en équipes de généralistes et spécialistes avec une rémunération forfaitaire. Ils doivent avoir un statut leur assurant des garanties d'indépendance professionnelle et ils doivent participer à la gestion.

Une prise en charge d'une circonscription géographique et démographique par une équipe médico-sociale doit êtr recherchée

progressivement à l'image de la sectorisation en psychiatrie .

5) - Les médecins hospitaliers doivent si possible, recevoir une information et une formation psychologique et économique.

La participation à la gestion des institutions dans lesquelles ils exercent, des réunions périodiques avec le personnel infirmier faisant le point de la marche de ces institutions doivent être étendues le plus possible.

Car une évolution des mentalités doit être recherchée en même temps que celle des structures.

Plutôt que d'insister sur trois ou quatre grands principes dont la justification peut être ou devenir arbitraire, il nous parait plus fécond, plus utile, en se référant en permanence à la finalité de la médecine, à la fonction des médecins, de rechercher sans relâche les mesures concrètes qui permettront de mieux adapter les structures, les institutions, les règlements d'une part, et les mentalités, les comportements d'autre part à ce pourquoi ils existent.

C O N C L U S I O N

- : -

Certains concepts, utilisés comme étendards au cours de leur histoire portent une charge affective telle que le signifié qu'ils désignent devient très imprécis et variable selon la personnalité de qui les prononce. Les principes de la Charte Médicale et la "médecine libérale" qui en dérive sont de ceux-là.

Un effort d'objectivité, de lucidité, de sincérité est nécessaire pour approcher de leur signification réelle, masquée ou déformée par les sentiments et intérêts, les alibis, voire les mensonges.

Le concept de "médecine libérale" exprime un mode d'exercice que la majorité des médecins français pratiquent et souhaitent conserver. Il importe de distinguer, à notre avis, deux composantes dans ce concept :

- d'une part, les trois principes du secret professionnel,
du libre choix du médecin par le malade,
de la liberté de prescription.
Tout en sachant reconnaître dans leur application certaines limites qui peuvent encore évoluer, nous pensons que des efforts importants restent à faire pour qu'existent les conditions de leur application réelle.

- d'autre part, les modalités de la rémunération des médecins:
essentiellement paiement direct et rémunération à l'acte.

Il nous est apparu que non seulement ces modalités de rémunération ne sont pas garantes de la qualité de la médecine

pratiquée, mais qu'elles constituent bien souvent des obstacles à cette qualité.

Il faut se rendre aux évidences de l'Histoire : la majorité du Corps Médical, par la voix de ses représentants élus (Syndicats et Ordre) a utilisé habilement la Charte Médicale pour la défense du niveau des revenus des médecins.

En liant de façon indissociable les principes suscitant la confiance du malade en son médecin et le problème de la rémunération de celui-ci sous le vocable de "médecine libérale", les représentants des médecins pouvaient faire croire dans l'opinion publique et même à beaucoup de médecins (ceux-ci ne pouvaient qu'être disposés à croire ce qui leur était agréable, ce qui les justifiait et leur donnait bonne conscience) que les intérêts des malades et ceux des médecins coïncidaient.

Plutôt que de figer la déontologie médicale dans quelques principes immuables (qui sont sécurisants mais risquent de masquer les vrais problèmes) il nous semble souhaitable de n'utiliser des principes, des valeurs que comme relais, comme intermédiaires entre la finalité de la médecine, la fonction des médecins dans la société et les conditions concrêtes d'exercice. Valeurs soumises en permanence à l'épreuve des faits, des réalités. La recherche permanente d'un accord entre ceux-ci et la finalité de la médecine pouvant amener à modifier dans certains cas les principes, selon le contexte scientifique et technique, psychologique, social et économique dans lequel est exercée la médecine.

Ce contexte évolue. Et il ne suffit pas que des structures, des institutions nouvelles soient créees pour suivre cette évolution. Il est aussi indispensable que les mentalités soient disponibles devant elle. Les mentalités des usagers de la médecine et plus encore celles des personnes chargées de l'exercer.

BIBLIOGRAPHIE

I - BALINT M.
Le Médecin, son malade et la maladie
P.U.F. Paris I960

2 - DELAY J. et PICHOT P.
"Abrégé de psychologie"

3 - DENOIX P.
"Leçon inaugurale de la chaire de cancérologie médicale et sociale" de la Faculté de Médecine de Paris.
"Originalité des Centres Anti-Cancéreux Françaiss" Jan. I966

4 - GOUST Fr.
"Une formule de Médecine d'équipe
La Maison Médicale d'Ivry" Notes et Documents I962, N°5
"Les Mutations en chaîne de la médecine dans le monde actuel"
"Le Centre de Santé" N° 86 et suivants.

5 - GRANDJEAT P.
"La Santé gratuite"
Ed. du Seuil I965

6 - HATZFELD H.
"Le grand tournant de la médecine libérale"
Ed. Ouvrières I963

7 - MONTES F.
"Réflexions et Recherches pour une organisation de l'exercice médical " Présences I966 3ème Trim. N° 96

8 - ORDRE NATIONAL DES MEDECINS.
"2ème Congrès International de Morale Médicale"
I vol. I966

9 - PEQUIGNOT H.
"Médecine et monde moderne"
Ed. de Minuit I953

IO - SARANO J.
"La médecine et les médecins"
Ed. du Seuil I959

II - VINCENT A.
"Médecine de groupe au service de l'homme"
Ed. Ouvrières I964

I2 - WEISS R.
"Vers une nouvelle éthique médicale"
La Nouvelle Critique - Dec. Janv. I966 - 67

REVUES

a)- Cahiers de Sociologie et Démographie Médicale
37, rue de Bellefond Paris 9°

b)- "Le Centre de Santé" revue de l'"Union des Syndicats de médecins de Centres de Santé".

c)- "Le Concours Médical" partie professionnelle

d)- Esprit - Fév. I957

e)- "Le Médecin de France" revue de la Confédération des Syndicats Médicaux Français.

f)- "Option Santé", revue du "Centre National des Jeunes Médecins"

g)- "Saint Luc" Revue du Centre Catholique des Médecins Français
N°8 - Sept.-Oct. I965

Vu : le Doyen

Monsieur G. BROUET

Vu et permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
Monsieur J. ROCHE

Vu : le Président de Thèse

Monsieur le Professeur
P. DENOIX

IMPRIMERIE
OFFSET
607 · 84 · 62
Copédith
70, rue de Flandre
PARIS 19e